



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
II Mestrado de Saúde e Desenvolvimento

Caracterização de alguns aspectos da qualidade de vida dos indivíduos com doença cardíaca, submetidos a cirurgia cardíaca, entre Setembro 2006 e Junho 2009, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta

Mónica Maria Barros Rodrigues

Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento

Dissertação orientada pela Mestre Inês Fronteira

Lisboa, Fevereiro de 2010

AGRADECIMENTOS

Uma vez que nenhum trabalho é exclusivo do autor, agradeço a todos aqueles que contribuíram directamente ou indirectamente no estudo, em especial:

- À minha orientadora, Mestre Inês Fronteira, pelas sugestões, recomendações e correcções realizadas;
- À Ana Mansoa pelo companheirismo e disponibilidade;
- Ao Tiago Laranjinho pelas impressões gráficas e disponibilidade;
- Ao Michael Rodrigues pela sua contribuição na elaboração do documento;
- Aos meus colegas e equipa interdisciplinar do Serviço de Cirurgia de Cardiotorácica do CHLC-HSM, pela disponibilidade, partilha de material e de conhecimentos fundamentais para a elaboração do estudo.

RESUMO

Introdução: Apesar dos progressos no diagnóstico e tratamento das últimas décadas, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de doença, morte e custos em saúde da população portuguesa.

Embora confirmados os benefícios da terapêutica cirúrgica na doença cardíaca, a variação de alguns aspectos da qualidade de vida face às diferentes abordagens terapêuticas poderá constituir um factor de ponderação sobre o tratamento.

Objectivo: Compreender a evolução do estado geral, saúde física, autonomia e relações sociais, considerados aspectos da qualidade de vida, dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta, após 1 mês, 6 meses e 1 ano de intervenção terapêutica.

Métodos: Estudo observacional, analítico, de coorte histórica. Foram estudados 1887 indivíduos adultos, submetidos a cirurgia cardíaca, urgente ou electiva, para tratamento de doença cardíaca, entre Setembro 2006 e Junho 2009, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta. Para a colheita de dados foram utilizados os questionários de follow-up cardíaco do Serviço de Cirurgia Cardiorácica.

Resultados: Ao final de um mês, 52,4% dos indivíduos referiram apresentar “algumas melhoras” no seu estado geral, ao final de seis meses 50,3% consideravam-no “muito melhor” e ao final de um ano, para 55,0% dos indivíduos mantinha-se “muito melhor”. O género, a dor, a fadiga e a actividade física e sexual influenciavam a percepção do estado geral. A nível físico, a presença de dor diminuía ao longo do tempo e a fadiga era um sintoma raro, permitindo uma crescente tolerância ao esforço físico. Apesar da rede de apoio familiar e social que detinham, os indivíduos eram cada vez mais independentes nas actividades de vida diária.

Conclusões: Observou-se uma melhoria contínua no estado geral, no estado físico, na autonomia e nas relações sociais dos indivíduos ao longo do tempo. A cirurgia cardíaca influenciou positivamente a qualidade de vida, sendo portanto, uma opção terapêutica a considerar para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos com doença cardíaca.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares, cirurgia cardíaca, qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Despite diagnosis and treatment progress in recent decades, cardiovascular diseases are the leading cause of illness, death and health costs of Portuguese population.

Although the benefits of surgical therapy in heart diseases are confirmed, the variation of some aspects of quality of life due to different therapeutic approaches may be a weighing factor on treatment.

Objective: To understand the evolution of general health, physical health, autonomy and social relationships, considering quality of life aspects, of patients submitted to cardiac surgery at the “Centro Hospital de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta”, between September 2006 and June 2009.

Methods: Observational, analytical, historical cohort. We studied 1887 patients submitted to cardiac surgery at the “Hospital de Santa Marta”, between September 2006 and June 2009.

In order to collect data we used questionnaires from the cardiac follow-up used in Cardiothoracic Surgery Service.

Results: After one month, 52,4% of patients had reported "some improvement" in their general health, at the end of six months 50,3% considered it "much better" and after one year, to 55,0% it remained "much better". Gender, pain, fatigue, physical and sex activity influenced the perception of general health. Physically, the presence of pain decreased over time and fatigue was a rare symptom, allowing an increasing exercise tolerance. Despite family and social support they held, patients were increasingly independent in activities of daily living.

Conclusions: There was an improvement in general health, physical state, autonomy and social relations of patients over time. Cardiac surgery has positively influenced the quality of life, and therefore it is a therapeutic option to consider in order to improve quality of life in patients with heart diseases.

Key-words: Cardiovascular diseases, cardiac surgery, quality of life.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Objectivos	17
1.1.1. Objectivo geral	17
1.1.2 Objectivo específico	18
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
2.1. Factores de risco da DCV	20
2.2. Fisiopatologia da doença coronária	23
2.2.1. Opções terapêuticas para a doença coronária	23
2.3. Fisiopatologia da doença valvular cardíaca	24
2.3.1. Doença da válvula mitral	24
2.3.2 Doença da válvula aórtica	25
2.3.3. Doença da válvula tricúspide	25
2.3.4. Doença da válvula pulmonar	25
2.4. Outras patologias cardíacas	26
2.5. Morbilidade da doença cardíaca	26
2.6. Saúde como conceito e domínio da qualidade de vida	26
2.7. Qualidade de vida	28
2.8. Medir a qualidade de vida	28
2.9. Qualidade de vida e abordagens terapêuticas na doença cardíaca	30
3. MATERIAL, POPULAÇÃO E MÉTODOS	32
3.1. Tipo de estudo	32
3.2. População	32
3.3. Instrumento de colheita de dados	33
3.4. Variáveis	33
3.5. Análise dos dados	34
3.6. Considerações éticas/legais e conflitos de interesses	34
5. RESULTADOS	35
5.1. Características sócio-demográficas	37
5.2. Características clínicas	39
5.3. Factores de risco	43
5.4. Complicações e incidentes após 1 ano de cirurgia	45
5.4.1. Re-internamentos	46
5.4.2. Óbitos	48
5.5. Caracterização de alguns aspectos da qualidade de vida	49
5.5.1. Dor	49

5.5.2. Fadiga	51
5.5.3. Actividade física	52
5.5.4. Subir escadas	54
5.5.5. Actividades de vida diária	55
5.5.6. Actividade sexual	56
5.5.7. Hábitos tabágicos	57
5.5.7. Dieta	58
5.5.8. Situação profissional	58
5.5.9. Redes de apoio familiar e social	59
5.5.10. Auto-vigilância da saúde	60
5.6. Caracterização da percepção do estado geral	62
5.6.1. Influência do tipo de cirurgia cardíaca	64
5.6.2. Influência das complicações no pós-operatório	66
5.6.3. Influência de alguns aspectos da qualidade de vida	66
6. DISCUSSÃO	73
6.1. Características sócio-demográficas	73
6.2. Características clínicas	74
6.3. Complicações e incidentes	76
6.4. Influência da cirurgia em aspectos da qualidade de vida	76
6.5. Percepção do estado geral	79
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	82
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	89
ANEXO I: Questionário ao utente 30 dias após alta hospitalar	
ANEXO II: Questionário ao utente 6 meses após alta hospitalar	
ANEXO III: Questionário ao utente 1 ano após alta hospitalar	
ANEXO IV: Variáveis clínicas, sócio-demográficas e de caracterização da QV ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano de cirurgia cardíaca	
ANEXO V: Classificação internacional do baixo peso, excesso de peso e obesidade de acordo com o IMC	

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1: Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório (n ^{os} absolutos)	19
Quadro 2: Variáveis clínicas e sócio-demográficas	Anexo IV
Quadro 3: Variáveis de caracterização da QV ao final de 1 mês de cirurgia cardíaca	Anexo IV
Quadro 4: Variáveis de caracterização da QV ao final de 6 meses de cirurgia cardíaca	Anexo IV
Quadro 5: Variáveis de caracterização da QV ao final de 1 ano de cirurgia cardíaca	Anexo IV
Quadro 6: Frequência de respostas válidas e dados omissos para cada variável do estudo (frequências absolutas - N e relativas - %)	35
Quadro 7: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) e por sexo	38
Quadro 8: Distrito de residência dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)	38
Quadro 9: Distribuição dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca do HSM por diagnóstico e por sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)	39
Quadro 10: Distribuição dos indivíduos por tipo de cirurgia cardíaca e por sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)	40
Quadro 11: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) e por sexo para os indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca	41
Quadro 12: Medidas de tendência central e dispersão do tempo de internamento (em dias) para a cirurgia cardíaca em ambos os sexos	41
Quadro 13: Distribuição das complicações pós-cirurgia em relação ao sexo dos indivíduos (frequências absolutas - N e relativas - %)	42
Quadro 14: Distribuição das complicações pós-cirurgia em relação ao tipo de cirurgia cardíaca dos indivíduos de acordo com o sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)	43
Quadro 15: Medidas de tendência central e dispersão do peso (em Kg) de acordo com o sexo	43
Quadro 16: Medidas de tendência central e dispersão da altura (em metros) de acordo com o sexo	44
Quadro 17: Medidas de tendência central e dispersão do IMC (Kg/m ²) de acordo com o sexo	44
Quadro 18: Distribuição dos factores de risco dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca de acordo com o sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)	45
Quadro 19: Distribuição da frequência dos factores de risco segundo os dois tipos de diagnósticos mais comuns (doença coronária e valvular) (frequências absolutas - N e relativas - %)	45
Quadro 20: Distribuição das complicações ocorridas após 1 ano de cirurgia em relação ao sexo dos indivíduos (frequências absolutas - N e relativas - %)	46
Quadro 21: Distribuição dos incidentes ocorridos em relação ao sexo dos indivíduos (frequências absolutas - N e relativas - %)	46
Quadro 22: Distribuição dos indivíduos re-internados durante um ano de follow-up, segundo o tipo de cirurgia cardíaca realizada e de acordo com o sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)	47

Quadro 23: Medidas de tendência central e de dispersão para a variável idade (em anos), por sexo e por tipo de cirurgia cardíaca dos indivíduos re-internados	47
Quadro 24: Distribuição dos indivíduos falecidos durante um ano de follow-up, segundo a cirurgia cardíaca realizada (frequências absolutas - N e relativas - %)	48
Quadro 25: Medidas de tendência central e de dispersão (em anos) para a variável idade, por sexo e por tipo de cirurgia cardíaca dos indivíduos falecidos	48
Quadro 26: Distribuição dos indivíduos que apresentavam dor de acordo com o sexo ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas - N e relativas - %)	50
Quadro 27: Distribuição do tipo de dor segundo o sexo ao longo das avaliações: 6 meses, 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)	50
Quadro 28: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) de acordo com o sexo para os indivíduos com dor: 1 mês, 6 meses e 1 ano após a cirurgia cardíaca	51
Quadro 29: Distribuição dos indivíduos com fadiga ao longo das avaliações e em relação ao sexo: 1 mês, 6 meses, 1 ano (frequências absolutas - N e relativas - %)	51
Quadro 30: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade de acordo com o sexo para os indivíduos com fadiga frequentemente: 1 mês, 6 meses e 1 ano após a cirurgia cardíaca	52
Quadro 31: Distribuição dos indivíduos de acordo com as suas capacidades de realizarem caminhadas ao longo das avaliações e segundo o sexo: 1 mês e 6 meses (frequências absolutas - N e relativas - %)	52
Quadro 32: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) de acordo com o sexo, para os indivíduos que raramente realizavam caminhadas ao final de 1 mês e 6 meses após a cirurgia cardíaca, e que ao final de 1 ano realizam caminhadas de aproximadamente cem metros	53
Quadro 33: Capacidade dos indivíduos realizarem caminhadas ao final de 1 ano de cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)	53
Quadro 34: Capacidade dos indivíduos desempenharem exercícios físicos moderados e vigorosos, 1 ano após cirurgia cardíaca e de acordo com o sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)	54
Quadro 35: Capacidade dos indivíduos subirem escadas e de acordo com o sexo, ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas - N e relativas - %)	54
Quadro 36: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) de acordo com o sexo para os indivíduos capazes de subirem um lance de escadas: 1 mês, 6 meses e 1 ano	55
Quadro 37: Capacidade dos indivíduos realizarem as actividades de vida diária e de acordo com o sexo, ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)	56
Quadro 38: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) de acordo com o sexo para os indivíduos dependentes nas AVD: 1 mês, 6 meses e 1 ano	56

Quadro 39: Actividade sexual dos indivíduos de acordo com o sexo ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)	57
Quadro 40: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) de acordo com o sexo para os indivíduos com actividade sexual: 1 mês, 6 meses e 1 ano	57
Quadro 41: Hábitos tabágicos dos indivíduos de acordo com o sexo ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)	58
Quadro 42: Cumprimento da dieta prescrita de acordo com o sexo ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)	58
Quadro 43: Situação profissional dos indivíduos segundo o sexo, ao longo do tempo: pré-cirurgia, 6 meses e 1 ano após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)	59
Quadro 44: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) e por sexo para os indivíduos com actividade profissional: pré-cirurgia, 6 meses e 1 ano	59
Quadro 45: Agregado familiar dos indivíduos segundo o sexo, ao final de 1 mês e 6 meses após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)	60
Quadro 46: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) e por sexo para os indivíduos segundo o agregado familiar: 1 mês e 6 meses	60
Quadro 47: Medição da tensão arterial pelos indivíduos e de acordo com o sexo, ao longo das avaliações: 1 mês, 6 meses, 1 ano (frequências absolutas - N e relativas - %)	61
Quadro 48: Vigilância da frequência cardíaca pelos indivíduos e de acordo com o sexo, ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano pós-cirurgia (frequências absolutas - N e relativas - %)	61
Quadro 49: Vigilância da glicémia pelos indivíduos com DM e de acordo com o sexo, ao final de 1 mês e 6 meses pós-cirurgia (frequências absolutas - N e relativas - %)	62
Quadro 50: Distribuição dos indivíduos por percepção do estado geral: 1 mês, 6 meses e 1 ano após a cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N, relativas - % e acumuladas - % Acum)	62
Quadro 51: Medidas de tendência central para a percepção do estado geral de saúde dos indivíduos e de acordo com o sexo: 1 mês, 6 meses e 1 ano após a cirurgia cardíaca	63
Quadro 52: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos), por sexo e estado de percepção geral: 1 mês, 6 meses e 1 ano após a cirurgia cardíaca	63
Quadro 53: Distribuição dos indivíduos em relação à percepção do seu estado geral de saúde e cirurgia cardíaca realizada ao longo do tempo: 1 mês, 6 meses e 1 ano de cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N, relativas - % e acumuladas - % Acum)	64
Quadro 54: Distribuição dos indivíduos com estado geral negativo aos 6 meses, em relação à avaliação do estado geral ao final de 1 mês (frequências absolutas - N, relativas - % e acumuladas - % Acum)	66
Quadro 55: Distribuição dos indivíduos que apresentaram complicações no pós-operatório e re-internamentos em relação ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas - N, relativas - % e acumuladas - % Acum)	66
Quadro 56: Distribuição dos indivíduos em relação à dor e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas - N e relativas - %)	67

Quadro 57: Distribuição dos indivíduos em relação à fadiga e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)	67
Quadro 58: Distribuição dos indivíduos em relação à realização de caminhadas e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)	68
Quadro 59: Distribuição dos indivíduos em relação à capacidade de subirem escadas e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)	69
Quadro 60: Distribuição dos indivíduos em relação ao desempenho de exercícios vigorosos e moderados e ao estado geral ao final de 1 ano de cirurgia (frequências absolutas – N e relativas -%)	69
Quadro 61: Distribuição dos indivíduos em relação às AVD e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)	70
Quadro 62: Distribuição dos indivíduos em relação ao agregado familiar e ao estado geral ao final de 1 mês e 6 meses (frequências absolutas – N e relativas - %)	71
Quadro 63: Distribuição dos indivíduos em relação à actividade sexual e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)	71
Quadro 64: Distribuição dos indivíduos em relação à actividade profissional e ao estado geral ao final de 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)	72

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Quadro de referência	16
Figura 2: Factores de risco das DCV (WHO, 2004)	21

LISTA DE ABREVIATURAS

Dça: Doença

dp: Desvio de padrão

N: Frequência absoluta

%: Frequência relativa

%Acum: Frequência relativa acumulada

H: Homens

Pág.: Página

Max: Máximo

M: Mulheres

m: Metros

me: Mediana

Min: Mínimo

mo: Moda

Nº: Número

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVC: Acidente Vascular Cerebral
AVD: Actividades de Vida Diária
CIA: Comunicação Inter-Auricular
CIV: Comunicação Inter-Ventricular
CHLC: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
DCV: Doenças Cardiovasculares
DC: Doença Coronária
DM: Diabetes Mellitus
EAM: Enfarte Agudo do Miocárdio
EPE: Entidade Pública Empresarial
ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública
ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FA: Fibrilhação Auricular
HTA: Hipertensão Arterial
HSM: Hospital de S^{ta} Marta
ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva
IHMT: Instituto de Higiene e Medicina Tropical
IMC: Índice de Massa Corporal
INE: Instituto Nacional de Estatística
LDL: Lipoproteína de baixa densidade
PALOP: Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PNS 2004-2010: Plano Nacional de Saúde 2004-2010
PTCA: Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea
OMS: Organização Mundial da Saúde
QV: Qualidade de Vida
SNC: Sistema Nervoso Central
SPSS: Statistical Package for Social Sciences
TC: Tronco Comum
WHO: World Health Organization
WHOQOL Group: World Health Organization Quality of Life Group

GLOSSÁRIO

Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea: Procedimento realizado por cateterismo com o objectivo de dilatar uma área de uma artéria coronária estenosada, de modo a melhorar o fluxo sanguíneo (THELAN et al, 1994).

Bypass coronário: Procedimento cirúrgico que consiste em retirar segmentos de vasos sanguíneos saudáveis, geralmente veia safena ou artéria mamária interna, utilizando-as para as pontagens dos segmentos das artérias coronárias obstruídas (THELAN et al, 1994).

Crise hipertensiva: Situação clínica na qual a hipertensão arterial se associa a danos irreversíveis em órgãos vitais (THELAN et al, 1994).

Doença: Estado do organismo em que existem alterações anatómicas ou perturbações funcionais que o afastam das condições normais (INE, 2009).

Doenças do aparelho circulatório: Grupo de doenças dos vasos sanguíneos que inclui, febre reumática aguda, doença cardíaca reumática crónica, doenças hipertensivas, doença isquémica do coração, doença da circulação pulmonar, doenças cerebrovasculares, afecções dos vasos e gânglios linfáticos não classificadas em outra parte, e outras doenças não especificadas do aparelho circulatório (WHO, 2009).

Doenças Cardiovasculares: Grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos que inclui hipertensão arterial, doença arterial coronária, doença vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca, doença cardíaca reumática, cardiopatia congénita e cardiomiopatias (WHO 2009).

Doença Coronária: Doença progressiva das artérias coronárias que conduz ao seu estreitamento ou oclusão completa (THELAN et al, 1994).

Endocardite: Processo infeccioso por vegetação, com envolvimento do endotélio cardíaco (THELAN et al, 1994).

Enfarte Agudo do Miocárdio: Danos celulares irreversíveis e necroses do miocárdio, secundárias a uma diminuição súbita ou interrupção do aporte sanguíneo numa determinada área do músculo cardíaco (THELAN et al, 1994).

Follow-up: Observação, durante um certo período de tempo, de um indivíduo, grupo ou população previamente definida, cujas características apropriadas foram determinadas e são seguidas ao longo do tempo, com o objectivo de se observarem alterações do respectivo estado de saúde e/ou outras variáveis relacionadas com a saúde (LAST, 1988).

Incidente: Novos acontecimentos ou ocorrências (de uma doença, acidente ou outro problema de saúde) (LAST, 1988).

Insuficiência cardíaca: Estado fitopatológico responsável pela incapacidade do coração bombear um volume de sangue proporcional ao retorno venoso e/ou às necessidades metabólicas dos tecidos (THELAN et al, 1994).

Miocardite: Processo inflamatório que envolve a parede do miocárdio (THELAN et al, 1994).

Morbilidade: Desvio subjectivo ou objectivo de um bem-estar (LAST, 1988).

Óbito: Cessação irreversível das funções do tronco cerebral (INE, 2009).

Qualidade de vida: Percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e de valores em que se integra, relativamente aos seus objectivos, padrões e preocupações. É um conceito multidimensional, que integra o estado de saúde física, psicológica, grau de autonomia, relações sociais, crenças e o conjunto de interacções com o ambiente biofísico (WHOQOL, 1993).

Revascularização coronária: Ver *bypass* coronário.

Saúde: Caracteriza-se pela capacidade de realizar satisfatoriamente as tarefas pessoais e os papéis familiares e sociais esperados. Capacidade que o indivíduo ou população tem de reagir favoravelmente a tensões físicas, biológicas, psicológicas, sociais, com um sentimento de bem-estar e ausência de doença ou morte prematura (LAST, 1988).

1. INTRODUÇÃO

“Unless current trends are halted or reversed, over a billion people will die from cardiovascular disease in the first half of the 21st century. The large majority will be in developing countries and much of the life years will be lost in middle age. This would be an enormous tragedy, given that research in the last half of the 20th century showed that cardiovascular disease was largely preventable.”

Anthony Rodgers, Clinical Trials Research Unit, University of Auckland,
New Zealand, 2004

O presente estudo surge no âmbito do II Mestrado em Saúde e Desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa (UNL), que tem como objectivo a obtenção do grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento.

A doença cardíaca evidenciou-se após a Revolução Industrial, devido à transformação de sociedades de estrutura basicamente rurais, habituadas ao trabalho físico, em população urbanas, com altos índices de sedentarismo, stress e dietas desequilibradas (POLLOCK e WILMORE, 1993). A incidência e prevalência da doença despertaram a atenção da comunidade científica no século XX, reconhecendo-a como um problema de saúde pública (CORREIA de CAMPOS, 2007).

Passado um século, as doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser responsáveis pela maior taxa de morbilidade e mortalidade no Mundo Ocidental, incluindo Portugal (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2008).

Segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2008), este facto encontra-se relacionado com as alterações demográficas ocorridas, como o aumento da esperança média de vida, e com o aumento da prevalência da obesidade, sedentarismo, dislipidémias, diabetes e stress, factores de risco para o desenvolvimento da doença.

Contudo, as DCV são largamente evitáveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que reduções modestas na população em geral e simultâneas de tensão arterial, obesidade, colesterol e tabagismo, reduziriam para mais de metade a incidência das doenças cardiovasculares (Health Strategies in Europe, 2007).

A Fundação Portuguesa de Cardiologia (2008) refere que nas últimas décadas tem-se assistido a uma redução da mortalidade, morbilidade e um aumento da esperança e da qualidade de vida (QV) em Portugal, apesar de não se ter atingido uma redução desejável nos factores de risco. Esta tendência relaciona-se com o aumento da longevidade e a melhoria da sobrevivência da população com DCV (Health Strategies in Europe, 2007).

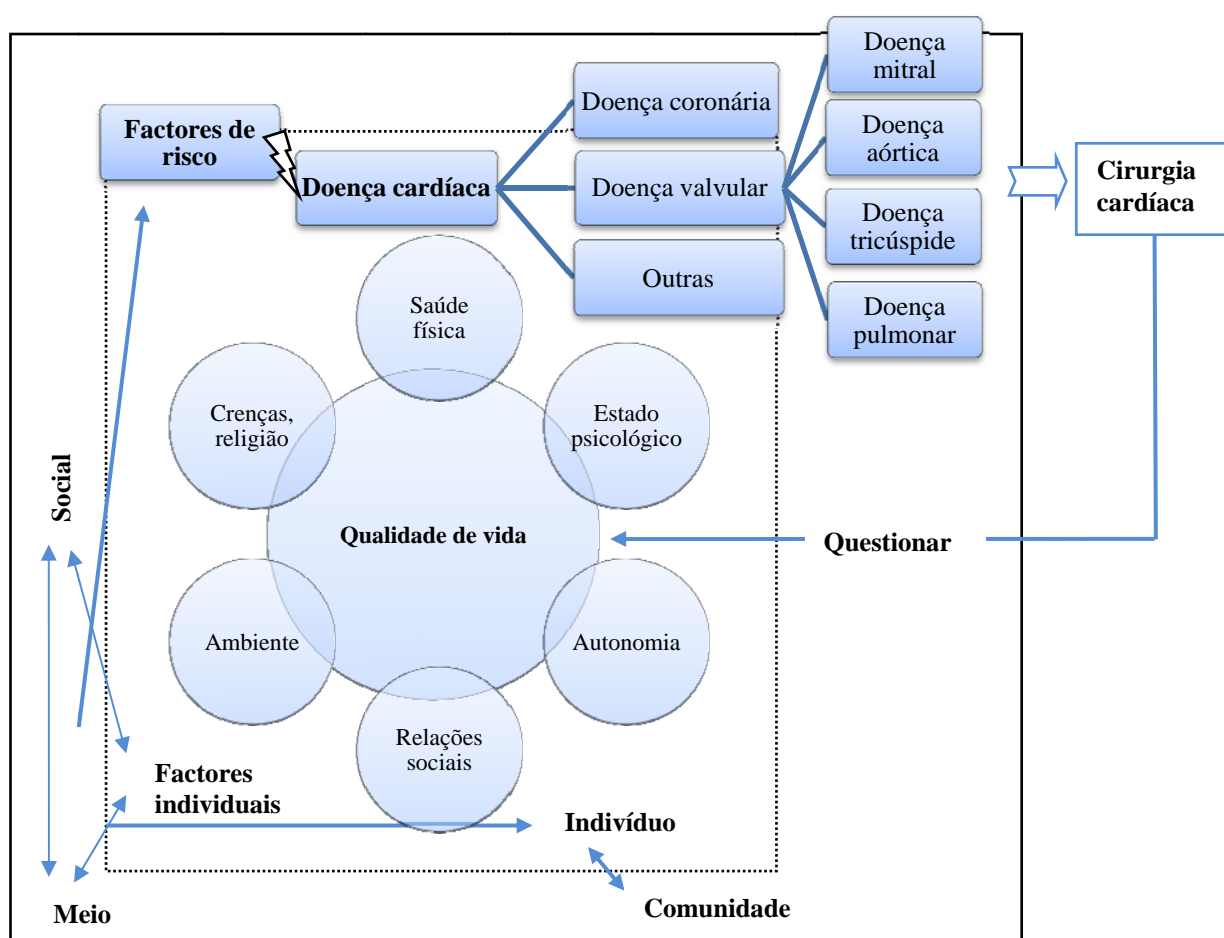
Preconiza-se, deste modo, uma especial atenção aos indivíduos considerados de risco o que inclui, indivíduos com doença cardíaca ou cerebrovascular, ou que apresentem factores de risco como, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, dislipidémia, obesidade, sedentarismo e antecedentes familiares da doença (PHIPPS et al, 1995).

Os avanços científicos e da medicina colocam, actualmente, diferentes opções terapêuticas de acordo com cada situação clínica. Torna-se, portanto, fundamental encontrar medidas terapêuticas eficazes de modo a evitar a mortalidade e morbilidade, restabelecendo a saúde e a qualidade de vida. Apesar de confirmados os benefícios da terapêutica cirúrgica na doença cardíaca, a variação de alguns aspectos da qualidade de vida face a diferentes abordagens terapêuticas poderá constituir um factor ponderador para a tomada de decisão em saúde.

Conhecer a qualidade de vida percebida dos indivíduos pode constituir um indicador de avaliação da efectividade dos cuidados de saúde (PASCHOAL, 2000). Através da medição da qualidade de vida de uma população é possível definir níveis de comparação entre grupos, assim como avaliar implicações e repercussões das opções terapêuticas (RIBEIRO, 2005).

De acordo com a concepção de qualidade de vida do World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group, 1994), esta é influenciada de forma complexa por seis dimensões, saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com aspectos do ambiente em que vive (Figura 1).

Figura 1: Quadro de referência



Conhecer a percepção de aspectos da qualidade de vida permite a comparação de dados e por outro lado, promove a saúde, uma vez que a promoção da saúde requer procedimentos que melhorem o estado de saúde, componente da qualidade de vida. Tendo em conta os dados estatísticos e a prevalência das DCV em Portugal, e assumido que a qualidade de vida é pessoal e subjectiva, torna-se desejável questionar os indivíduos com doença cardíaca sobre a sua qualidade de vida após realizarem uma intervenção terapêutica.

Múltiplos investigadores têm abordado a questão das assimetrias em saúde, nomeadamente da qualidade de vida. O crescente número de estudos nesta área justifica a necessidade e o interesse científico em focar as questões de qualidade, implicações e repercussões a nível da mortalidade e morbilidade associadas a patologias de base e opções terapêuticas.

O conhecimento é considerado por SERRANO e FIALHO (2005), como a informação que muda algo ou alguém, quer por se transformar em base para a acção quer por fazer um indivíduo ou uma organização serem capazes de acções diferentes e cada vez mais efectivas. Pretende-se, com o presente estudo, contribuir para o conhecimento sobre aspectos da qualidade de vida dos indivíduos com doença cardíaca submetidos a diferentes terapêuticas.

Deste modo, partindo de um problema, pertinente, relevante e susceptível de ser investigado definiu-se como questão de investigação:

- *Qual a evolução do estado geral, estado físico, autonomia e relações sociais (componentes da qualidade de vida), dos indivíduos com doença cardíaca, 1 mês, 6 meses e 1 ano após terem sido submetidos a cirurgia cardíaca?*

1.1. Objectivos

Segundo FORTIN (1999, p.100),

“o objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

A formulação dos objectivos define com precisão o que se visa com o estudo sob dois aspectos: geral e específico (LAKATOS e MARCONI, 2007).

1.1.1. Objectivo geral

De acordo com LAKATOS e MARCONI (2007, p.171), o objectivo geral é

“a ideia central que serve de “fio condutor” no estudo (...) encontra-se ligado à compreensão geral do todo, vinculando-se directamente à própria significação (...) que se propõe defender e explicar”.

Foi objectivo geral do presente estudo:

- *Compreender a evolução do estado geral, estado físico, autonomia e relações sociais, considerados aspectos da qualidade de vida, dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta, após 1 mês, 6 meses e 1 ano de intervenção terapêutica.*

1.1.2. Objectivos específicos

Os objectivos específicos dizem respeito a enunciados mais concretos, correspondendo a actividades ou etapas intermédias que, sob aspectos instrumentais, permitem atingir o objectivo geral (LAKATOS e MARCONI, 2007).

Foram definidos como objectivos específicos do estudo:

- Descrever características sócio-demográficas e profissionais dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca.
- Descrever características clínicas dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca.
- Descrever o estado geral, estado físico, autonomia e relações sociais dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano de intervenção terapêutica.
- Descrever as relações existentes entre as características sócio-demográficas e profissionais dos indivíduos e a percepção do estado geral, estado físico, autonomia e relações sociais.
- Descrever as relações existentes entre as características clínicas e a percepção do estado geral, estado físico, autonomia e relações sociais.
- Comparar a evolução do estado geral, estado físico, autonomia e relações sociais ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano de cirurgia cardíaca.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As DCV constituem uma das prioridades de abordagem à gestão integrada da doença que constam no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010. As DCV encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal, sendo a quarta causa de anos potenciais de vida perdidos e a principal causa de morte em Portugal em ambos os sexos (PNS 2004-2010).

As DCV são responsáveis por quase metade dos óbitos na Europa, causando cerca de 435 milhões de mortes anuais nos 52 estados membros da Região Europeia da OMS e mais de 19 milhões de mortes por ano na União Europeia (UE). São ainda, a principal causa de incapacidade e de redução da qualidade de vida (Health Strategies in Europe, 2007).

Em Portugal, em 1999, à semelhança do verificado nos trinta anos anteriores, as doenças do aparelho circulatório, constituíram a primeira grande causa de morte, registando 42 518 óbitos por 100 000 indivíduos, correspondendo a 38% do total dos óbitos ocorridos, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 1999). A mortalidade por doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as DCV, mantêm-se como a principal causa de óbitos em Portugal, apesar do número de óbitos por mil habitantes tender a diminuir (Quadro 1).

Quadro 1: Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório (n^{os} absolutos)

Anos	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total Geral	105 582	106 690	109 148	102 371	107 839	102 362
Portugal	105 092	106 258	108 795	102 010	107 462	101 990
Doenças do aparelho circulatório (25-30/100-199)	40 743	41 010	41 038	37 118	36 723	32 993

Fonte: INE, 2008

A taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca (doença coronária), antes dos 65 anos, para Portugal Continental em 2006, situava-se nos 11,0 óbitos por 100 000 indivíduos e em 2008, nos 10,1 óbitos por 100 000 indivíduos (INE, 2009).

As doenças do aparelho circulatório provocaram em 2008 a morte a mais de 33 600 indivíduos, na sua maioria mulheres, correspondendo a uma média de 92 óbitos por dia (INE, 2009).

Em 2008, a Fundação Portuguesa de Cardiologia revelou que as DCV matam, em cada ano, cerca de 22 000 mulheres e 18 000 homens.

O peso desta doença justifica a necessidade de monitorização das DCV através dos dados epidemiológicos existentes nas unidades de saúde hospitalares, assim como estratégias de sensibilização e formação dos profissionais de saúde de forma a melhorar os níveis de eficácia das intervenções, de efectividade dos resultados e de restabelecimento do potencial de saúde dos clientes (PNS 2004-2010).

De acordo com a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2007), a população portuguesa apresenta características de estilos de vida pouco saudáveis que contribuem para o aumento do risco das DCV a longo prazo. Verificam-se hábitos alimentares com elevadas quantidades de sal, gorduras, açúcares e baixos níveis de fibras e vegetais, associados a elevados níveis de sedentarismo mesmo entre a população activa. Os hábitos tabágicos apresentam tendência para crescer na população jovem e feminina.

As estatísticas demográficas do INE em 2007, divulgadas em Setembro de 2008, indicam um contínuo envelhecimento demográfico da população residente em Portugal, como consequência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade, sendo a esperança média de vida à nascença de 79 anos, 75 anos para os homens e 82 anos para as mulheres. A tábua de mortalidade 2005-2007 revela que a esperança de vida aos 65 anos era de cerca de 18 anos para ambos os sexos, sendo de 16 e 20 anos, respectivamente, para homens e mulheres (INE, 2007).

Parece existir uma forte e constante relação entre a idade e a doença cardíaca. As provas clínicas da doença podem manifestar-se na segunda e na terceira década de vida, embora sejam mais frequentes na meia-idade (PHIPPS et al, 1995).

Contudo, isto pode reflectir-se devido a uma prolongada exposição a outros factores de risco, nomeadamente estilos de vida (PHIPPS et al, 1995). Apesar de em Portugal ser característica a dieta mediterrânea, com um dos consumos de fruta e vegetais maiores da Europa [Highlights on Health in Portugal, World Health Organization (WHO), 2004], a obesidade apresenta valores de prevalência idênticos à restante Europa (WHO, 2004).

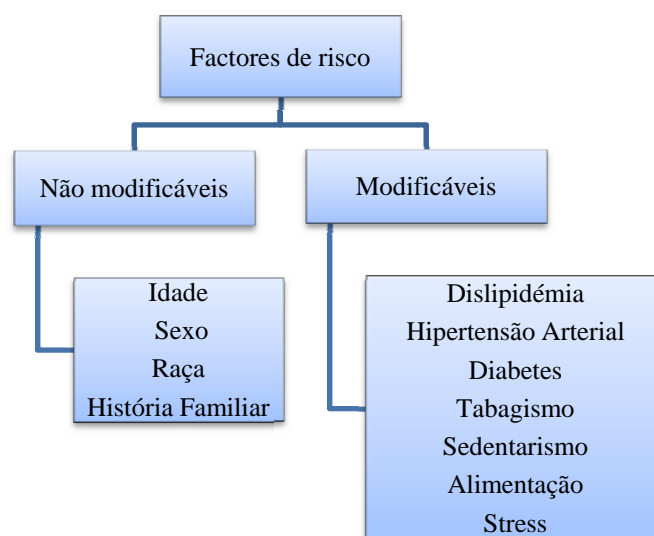
O aumento da longevidade e a prevalência da DCV têm um impacto social e económico inevitável, pelos custos directos e indirectos da intervenção e da reabilitação com necessidade de uma rede de suporte (PNS 2004-2010).

2.1. Factores de risco da DCV

Em 1948, numa época de transição epidemiológica em que a mortalidade e a incidência da DCV aumentavam progressivamente, foi iniciado um estudo populacional longitudinal que terminou em 1998, conhecido por Framingham Heart Study. Este estudo permitiu definir e estratificar o risco de DCV assim como calcular a probabilidade de desenvolver DCV no espaço de 10 anos. Actualmente é largamente utilizado em todo o mundo (Framingham Heart Study, 2006).

Existem dois tipos de factores de risco cardiovascular, os factores modificáveis, sobre os quais se pode intervir, e os factores de risco não modificáveis que, não sendo possível modificá-los, podem contribuir significativamente para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (Figura 2).

Figura 2: Factores de risco das DCV (WHO, 2004)



Estão descritos vários factores de risco não modificáveis. A relação entre idade avançada e as DCV parece estar associada à prolongada exposição aos factores de risco (WHO, 2004). A predisposição familiar relacionada com factores genéticos e ambientais aumenta igualmente o risco de desenvolver a doença (PHIPPS et al, 1995).

A doença coronária ocorre duas vezes mais nos homens do que nas mulheres, embora com o avançar da idade, a incidência de eventos nas mulheres se aproxime do que acontece nos homens. A menopausa é associada a um aumento significativo da ocorrência de doenças cardíacas, bem como manifestações mais graves da doença (Framingham Heart Study, 2006). Segundo FERREIRA e SANTANA (2003), as mulheres têm maior propensão em relatar a doença. A doença coronária tende a manifestar-se de forma diferente nos homens e nas mulheres. Para as mulheres, o primeiro sintoma é geralmente a angina enquanto que para os homens é o enfarte agudo do miocárdio (EAM). O EAM é mais fatal para as mulheres do que para os homens (Framingham Heart Study, 2006).

Indivíduos com antecedentes étnicos Africanos ou Asiáticos tendem a ter maior probabilidade de desenvolverem DVC do que outras raças (WHO, 2004). A taxa de mortalidade por doença coronária, entre os indivíduos não-brancos com menos de 65 anos, tende a ser superior à dos indivíduos brancos (PHIPPS et al, 1995, THELAN et al, 1994).

Os factores de risco modificáveis correspondem à dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, alterações de tolerância à glicose, tabagismo, sedentarismo, dieta rica em gorduras saturadas e influências psicossociais como o stress (WHO, 2004).

Outros factores como a pobreza, a instrução e o rendimento familiar são igualmente importantes na determinação do risco das DCV uma vez que a restrição de bens e serviços (de saúde, alimentares, entre outros) poderão condicionar a saúde dos indivíduos e respectivas famílias (WHO, 2004).

A relação entre o tabaco e as DCV não se encontra totalmente esclarecida mas tem sido sugerido que a nicotina e o monóxido de carbono têm efeitos adversos no coração e nos vasos sanguíneos, sendo o risco de morte pela doença duas a seis vezes superior nos fumadores em relação aos não fumadores (PHIPPS et al, 1995). Segundo dados da WHO (2004), a prevalência de fumadores com idade superior a 18 anos para Portugal era de 44,2% para os homens e 19,7% para as mulheres. Em 2005/2006, comparativamente com o que acontecia em 1998/1999, verificou-se um decréscimo do consumo de tabaco na população residente em Portugal Continental (INE, 2007). Em termos etários, a proporção mais elevada de fumadores concentrava-se entre os 35 e 44 anos (INE, 2007). O consumo de álcool acima do que é recomendado pode igualmente conduzir à lesão do músculo cardíaco (WHO, 2004).

Uma alimentação desequilibrada e o sedentarismo predis põem ao aparecimento de obesidade. Os indivíduos obesos são mais propensos a diabetes, a hipertensão arterial, a intolerância à glicose e a hiperlipidémias (THELAN et al, 1994). A OMS estandardizou a classificação do peso para adultos de ambos os sexos através do Índice de Massa Corporal (IMC). Este indicador é calculado através do quociente entre o peso em quilogramas e o quadrado da altura em metros, definindo o peso em classes (INE, 2007), (Anexo V). Em 2005/2006, e para o Continente, 18,6% (N=1 517 841) da população com 18 ou mais anos tinha excesso de peso, e 16,5% (N= 1 346 256) obesidade. Comparativamente com anos anteriores, verificou-se um aumento da prevalência de obesidade e de excesso de peso na população residente em Portugal Continental (INE, 2007).

Segundo dados da WHO (2004), a prevalência de indivíduos diabéticos com idade superior a 20 anos em Portugal era de 8,6%, um dos valores mais altos dos países Estados Membros da UE (superior apenas por Andorra 8,8%, Itália 9,2%, Espanha 8,7%, Grécia 10,3% e Malta 13,9%). Em 2005/2006, 6,5% (N= 658 945) da população residente em Portugal Continental referiu ter ou já ter tido diabetes mellitus (INE, 2007).

As alterações psicossociais como o stress podem igualmente contribuir para desencadear ou agravar as DCV, uma vez que, entre outras consequências, induzem ao aumento da tensão arterial (THELAN et al, 1994).

As pesquisas de Framingham introduziram três novos factores de risco, os níveis séricos de homocisteína, uma nova lipoproteína de baixa densidade com peso na DCV e os agentes infecciosos. As investigações de Framingham indicam que altos níveis do aminoácido homocisteína podem contribuir para as DCV. Dietas especialmente ricas em ácido fólico e vitaminas B afectam favoravelmente os níveis de homocisteína. A lipoproteína de baixa densidade Lp (a), é considerada um factor de risco para doença cardíaca precoce. Ao contrário do LDL, a Lp (a) não parece promover a acumulação de gorduras nas artérias mas sim de evitar a dissolução dos coágulos. Os vírus e outros agentes infecciosos podem lesar as paredes dos vasos sanguíneos, iniciando o processo aterosclerótico da doença coronária (Framingham Heart Study, 2006).

2.2. Fisiopatologia da doença coronária

A doença coronária (DC) é uma doença progressiva das artérias coronárias que conduz ao seu estreitamento ou oclusão completa (THELAN et al, 1994). O estreitamento das artérias pode ter múltiplas causas, sendo a mais frequente a aterosclerose que afecta as artérias de médio calibre, que perfundem os órgãos vitais e as artérias de calibre superior que saem da artéria aorta. As lesões de aterosclerose podem adquirir formas diferentes conforme a sua localização anatómica, idade, antecedentes genéticos, estado fisiológico assim como o número de factores de risco presente em cada indivíduo (THELAN et al, 1994).

A DC tem um longo período de latência, verificando-se o aparecimento de camadas de gordura ao nível da aorta desde a fase adulta embora a maior parte dos indivíduos não apresente sintomatologia até à meia-idade, momento em que mais de metade do lúmen dos vasos sanguíneos estão ocluídos pela placa da aterosclerose (THELAN et al, 1994).

Frequentemente, a DC manifesta-se por angina, uma dor difusa paroxística retroesternal ou subesternal, com irradiação para o lado interior do braço esquerdo, que surge quando as necessidades miocárdicas de oxigénio ultrapassam a oxigenação do miocárdio. Geralmente, a angina é desencadeada por exercício físico ou qualquer causa que aumente o consumo de oxigénio pelo miocárdio (PHIPPS et al, 1995). No entanto, 15% a 20% dos indivíduos podem não apresentar dor na DC (PHIPPS et al, 1995). A frequência e gravidade da angina aumentam, geralmente, ao longo dos anos sendo cada vez menor o esforço susceptível de provocar dor (PHIPPS et al, 1995).

A longo prazo, a DC, pode resultar em EAM como consequência da supressão da circulação sanguínea e carência de oxigénio em regiões do músculo cardíaco. O último estadió da evolução da DC é o choque cardiogénico que conduz a lesões irreversíveis das células e à morte (PHIPPS et al, 1995).

2.2.1. Opções terapêuticas para a doença coronária

As atitudes terapêuticas para a DC dependem da frequência, gravidade, duração e representações hemodinâmicas da angina. A dor está frequentemente associada ao esforço e é aliviada com repouso ou vasodilatação provocada por medicamentos. As intervenções terapêuticas podem ser não invasivas através de agentes farmacológicos ou através de procedimentos invasivos. A terapêutica farmacológica consiste no uso de medicamentos vasodilatadores, agentes bloqueantes beta-adrenérgicos ou inibidores dos canais de cálcio. A intervenção invasiva na doença coronária tem como o objectivo restaurar a supressão da circulação sanguínea e a carência de oxigénio do músculo cardíaco. A terapêutica pode ser realizada através de cirurgia cardíaca, denominado *bypass* cirúrgico da artéria coronária, por Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (PTCA) ou outras tecnologias interventivas, como a aterectomia coronária, angioplastia por laser e colocação de próteses endovasculares (denominados *stents*), sendo frequente a sua utilização em casos de oclusão aguda coronária e re-estenose pós PTCA (THELAN et al, 1994).

A técnica cirúrgica de revascularização coronária, também conhecida por *bypass* coronário, é utilizada no tratamento de oclusões graves, sendo realizada por médicos cirurgiões cardiotorácicos. Consiste na exérese de segmentos de vasos sanguíneos saudáveis, geralmente veia safena ou artéria mamária interna, utilizando-as para as pontagens dos segmentos das artérias coronárias obstruídas (THELAN et al, 1994).

A revascularização coronária não reduz o risco de ocorrência de enfarte do miocárdio, uma vez que os factores de risco estão sempre presentes, mas reduz a angina, melhorando a tolerância à actividade (PHIPPS et al, 1995). Deste modo, à medida que a doença progride os indivíduos tendem a optar por esta opção terapêutica a fim de melhorar o desempenho das actividades de vida diária e a sua qualidade de vida (PHIPPS et al, 1995).

2.3. Fisiopatologia da doença valvular cardíaca

A doença valvular cardíaca manifesta-se por uma anomalia estrutural e/ou funcional de uma ou várias válvulas cardíacas, comprometendo a função cardíaca devido à alteração do fluxo sanguíneo (SEELEY, STEPHENS e TATE, 2001).

As principais causas da doença valvular são processos infecciosos, como a febre reumática e endocardite, malformações e defeitos congénitos e os processos de envelhecimento do tecido valvular (THELAN et al, 1994).

Existem dois tipos de lesões da válvula cardíaca, a estenose e a regurgitação. Os indivíduos podem apresentar lesões mistas, ou seja, componentes de estenose e de regurgitação, que podem acentuar a gravidade da situação clínica e sintomatologia (THELAN et al, 1994).

Dependendo da gravidade da situação, as válvulas cardíacas podem ser reparadas ou substituídas (PHIPPS et al, 1995).

2.3.1. Doença da válvula mitral

A estenose mitral é mais frequente no sexo feminino (PHIPPS et al, 1995). Resulta geralmente da doença reumática que provoca aderências ou fibrose das cordas tendinosas ou comissuras (PHIPPS et al, 1995). Este processo reduz a mobilidade e estreita o diâmetro da válvula (THELAN et al, 1994). Entre as causas não reumáticas destacam-se mixomas auriculares, proliferação bacteriana, formação de trombos ou calcificação do anel mitral (PHIPPS et al, 1995). À medida que o coração tenta compensar a força contráctil necessária para ultrapassar a lesão estenótica, verificam-se alterações na função cardíaca. A dilatação da aurícula esquerda que se verifica deforma as fibras do miocárdio, originando batimentos ectópicos auriculares que potenciam a ocorrência de fibrilhação auricular (THELAN et al, 1994). A longo prazo a elevada pressão na artéria pulmonar devido ao congestionamento e edema pulmonar impede o funcionamento do ventrículo direito, surgindo uma insuficiência cardíaca direita. À falência do coração direito pode associar-se uma regurgitação funcional da válvula tricúspide, secundária ao aumento de pressões do lado direito cardíaco (THELAN

et al, 1994). Sem uma contracção auricular eficaz, o sangue pode concentrar-se nas aurículas, resultando na formação de trombos (PHIPPS et al, 1995).

A principal sintomatologia da doença mitral é a fadiga excessiva e o enfraquecimento relacionado com menor débito cardíaco e dispneia devido à congestão pulmonar (PHIPPS et al, 1995). Outros sintomas incluem cianose periférica, edemas e hepatomegália.

2.3.2. Doença da válvula aórtica

A estenose aórtica pode ser de origem congénita, reumática ou aterosclerótica em consequência do envelhecimento (THELAN et al, 1994). Uma obstrução gradualmente crescente provoca sintomatologia por volta dos 50 anos de idade, sendo característico a dispneia de esforço, a angina e síncope de esforço. Nos estadios avançados da doença surge a fadiga, a debilidade, a ortopneia, a dispnea paroxística nocturna, a insuficiência cardíaca direita e o edema pulmonar. Uma estenose aórtica não tratada tem uma taxa de sobrevivência de 3 anos (PHIPPS et al, 1995).

A insuficiência aórtica é menos frequente do que a estenose aórtica, e mais frequente no sexo masculino (PHIPPS et al, 1995). Os factores etiológicos podem ser reumáticos, síndrome de Marfan, sífilis, artrite reumatóide, envelhecimento do tecido valvular ou estenose sub-aórtica congénita. A sintomatologia mais frequente é a fadiga, dispneia de esforço e palpitações (THELAN et al, 1994).

2.3.3. Doença da válvula tricúspide

A estenose tricúspide é uma doença valvular menos comum, sendo mais frequente nas mulheres. Raramente surge isolada, ocorrendo geralmente em casos de estenose mitral ou aórtica. A causa habitual da estenose da tricúspide é a doença cardíaca reumática (THELAN et al, 1994). A sintomatologia inclui hepatomegália, distensão da veia jugular, cirrose cardíaca e icterícia. A diminuição do volume de sangue refluído ao coração diminui o débito cardíaco e provoca fadiga e hipotensão (PHIPPS et al, 1995).

A regurgitação da tricúspide é pouco vulgar. Ocorre habitualmente como consequência da falência avançada do lado esquerdo do coração ou de hipertensão pulmonar grave (THELAN et al, 1994). A dilatação ventricular direita secundária a outra causa pode dilatar o anel da tricúspide ou deslocar os músculos papilares provocando a regurgitação. Uma insuficiência da tricúspide provoca ingurgitamento venoso e diminuição do débito ventricular direito (PHIPPS et al, 1995).

2.3.4. Doença da válvula pulmonar

A doença da válvula pulmonar é rara, sendo geralmente congénita, no caso da estenose, embora possa ser causada por neoplasias ou febre reumática (PHIPPS et al, 1995). Uma válvula pulmonar lesada é ineficaz na ejeção do sangue do ventrículo direito, que reflui, provocando hipertensão do lado direito do coração. Os indivíduos apresentam dispneia, hepatomegália, ascite e edema (PHIPPS et al, 1995).

Uma doença da válvula pulmonar não tratada pode provocar alterações vasculares pulmonares graves e irreversíveis (THELAN et al, 1994).

2.4. Outras patologias cardíacas

Outras patologias cardíacas podem necessitar de intervenção cirúrgica como os defeitos do septo [comunicações inter-auriculares (CIA) ou inter-ventriculares (CIV)], aneurismas e dissecções da aorta, mixomas da aurícula esquerda, defeitos congénitos, entre outras.

2.5. Morbilidade da doença cardíaca

É consensual que as complicações conduzem ao consumo dos serviços de saúde, sendo do interesse de todos os intervenientes em saúde preveni-las, detectá-las precocemente e encaminhá-las adequadamente (PNS 2004-2010).

Como consequência das intervenções terapêuticas poderão surgir complicações e processos patológicos imediatos ou tardios. A morbilidade é definida por LAST (1988, p.132) como “*qualquer desvio subjectivo ou objectivo de um bem-estar físico ou psicológico*”. Segundo o mesmo autor, os dados de morbilidade podem clarificar as causas de determinadas tendências de mortalidade sendo particularmente útil na investigação de patologias com baixa letalidade ou com tendência a decrescer, como é o caso das DCV.

Para o *bypass* coronário, SEELEY, STEPHENS e TATE (2001), referem que durante o primeiro ano após cirurgia, cerca de 15% dos enxertos venosos podem ocluir, sendo que entre 1 e 6 anos, a taxa de oclusão é cerca de 1-2% por ano. Ao final de 10 anos apenas 60% dos enxertos por safenas estão funcionais e 50% livres de estenoses significativas. Comparativamente com enxertos utilizando a artéria mamária interna, estas apresentam menos complicações durante um período de observação de 15 anos (SEELEY, STEPHENS e TATE, 2001).

A mortalidade pós-operatória nas reparações de válvulas é menor quando comparada com a substituição da válvula (PHIPPS et al, 1995). A substituição da válvula é realizada quando esta está demasiado estenosada ou calcificada, não sendo possível repará-la. PHIPPS et al (1995), referem uma taxa de mortalidade para a substituição da válvula mitral de 5 % a 10%. Ao final de 5 anos, a sobrevivência é de cerca de 70% (PHIPPS et al, 1995).

2.6. Saúde como conceito e domínio da qualidade de vida

Apesar da importância da noção de qualidade de vida em saúde o conceito não é fácil de definir. De uma maneira geral exprime um juízo de valor, que na sua globalidade é referida como “boa”, “má”, “melhor” ou “pior” (JONSEN, SIEGLER, WINSLADE, 1999).

A saúde não é um estado ou condição estável, mas sim um conceito vital, sujeito a constante avaliação e mudança (SORENSEN, LUCKMAN, 1998).

O conceito de saúde evoluiu ao longo dos séculos. As primeiras definições conceptuais surgiram no período pré-científico, associadas a uma perspectiva ecológica. A saúde era concebida como o resultado de uma relação ajustada e adaptada com o ambiente, na qual a saúde era a ausência de doença (SORENSEN, LUCKMAN, 1998). Com o modelo biomédico, a saúde passou a estar associada à prevenção de doenças e epidemias. A saúde era um processo fisiológico, não se valorizando a componente psicológica. Apesar de reducionista, o modelo é a base de muitas pesquisas para o combate de doenças (SORENSEN, LUCKMAN, 1998), contribuindo igualmente para o desenvolvimento da saúde pública enquanto disciplina no século XIX (RIBEIRO, 2005).

Em 1948, a OMS definiu saúde como

“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença”(in preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, 1948)

Apesar da controvérsia em torno desta definição, considerada por alguns autores como imprecisa e irrealista, tornou-se a definição de referência para a evolução do conceito de saúde (RIBEIRO, 2005). Pela primeira vez eram incluídos os aspectos físicos, psicológicos e sociais na saúde.

Na década de 70 a comunidade científica reconheceu a multicausalidade existente na mortalidade e morbidade (RIBEIRO, 2005), redefinindo-se as concepções sobre saúde-doença. A investigação demonstrava que as iniciativas em saúde deveriam ser orientadas para todos os aspectos que influenciam o indivíduo enquanto ser bio-psico-sócio-cultural, e não apenas para a doença.

Em 1986, a OMS acrescentou que a saúde era uma extensão do que um indivíduo, ou grupo, era capaz de realizar de acordo com as aspirações, necessidades e capacidade de modificar ou lidar com o meio em que se insere. A saúde era considerada um recurso para a vida do dia-a-dia e uma dimensão da qualidade de vida (RIBEIRO, 2005).

LAST (1988, p.96), define saúde como

“um estado de equilíbrio dinâmico em que a capacidade de um grupo responder a todas as necessidades de viver está num nível ótimo (...) caracterizado pela capacidade de realizar satisfatoriamente as tarefas pessoais e de desempenhar papéis familiares, ocupacionais e sociais esperados; pela capacidade de reagir favoravelmente e de lidar com tensões físicas, biológicas, psicológicas, sociais; por um sentimento de bem-estar e pela ausência de doença ou morte prematura”.

Actualmente, o conceito de saúde abrange múltiplos significados, reflectindo experiências, valores, crenças, sendo como tal uma construção individual, social e cultural (PASCHOAL, 2000). Além de dinâmica, a saúde é também social e em grande parte determinada por conhecimentos e interiorizada durante a vida (MACHADO, 1992).

A saúde deve, portanto, ser concebida como um sistema, constituído por subsistemas que em conjunto e em sinergia produzem resultados (RIBEIRO, 2005).

No século XX, assume-se que a saúde implica, acima de tudo, maior qualidade de vida (RIBEIRO, 2005).

2.7. Qualidade de vida

O interesse e a aplicabilidade do conceito de qualidade de vida na área da saúde, surgiram a partir da definição de saúde assumida pela Constituição da OMS em 1948 que valorizava vários domínios na saúde (MARINS, s/ data).

Foi pelo presidente dos Estados Unidos da América, que, em 1964, Lyndon Johnson, empregou publicamente, e pela primeira vez, a expressão “qualidade de vida” ao declarar que

“os objectivos não podem ser medidos através da balança dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (ABRAMS, 1974, citado por MARINS, s/ data, p.1).

Esta expressão passou a ser usada por todos, independentemente da classe social e da cultura, de uma forma corrente, por vezes indiscriminada, como um conceito em moda [MARINS, (s/ data), PASCHOAL, (2000)].

Em 1988, LAST (p.164), definia qualidade de vida como *“tudo aquilo que dá valor à vida”*.

Por sua vez BOWLING (1995) refere que, a qualidade de vida é um conceito vago mas multidimensional, utilizado por muitas disciplinas, que incorpora todos os aspectos da vida humana. Para o mesmo autor, a avaliação da qualidade de vida, numa perspectiva de cuidados de saúde, refere-se ao bem-estar social, emocional e físico (dimensões da qualidade de vida), após determinada intervenção clínica. Por este motivo, deve ser tida em conta a satisfação do doente com a intervenção, resultados, estado actual de saúde e perspectivas futuras.

A OMS (s/ data), considera que a qualidade de vida é uma

“percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade” (citado por COUVREUR, 2001, p.42).

A qualidade de vida é, portanto, uma concepção individual, subjectiva e complexa que retrata como cada indivíduo percebe o seu nível de vida num determinado momento.

2.8. Medir a qualidade de vida

Desde da década de 70 que a investigação nos serviços de saúde se tem dedicado à construção de métodos válidos e fiáveis para medir a saúde (McDOWELL, NEWELL, 1996). Actualmente, existe uma variabilidade de medidas e instrumentos passíveis de serem utilizados.

As primeiras tentativas de aferição da qualidade de vida foram elaboradas por cientistas sociais através de estatísticas (MARINS, s/data). Até à década de 60, a única medida relevante da saúde da população eram os índices de mortalidade. As medidas de saúde centravam-se em aspectos negativos, como a mortalidade e morbilidade. Os estudos epidemiológicos e as alterações demográficas têm vindo a mudar esta tendência, adoptando-se actualmente, uma perspectiva mais positiva do sistema de saúde (RIBEIRO, 2005).

A psicologia, ao questionar a relação existente entre os recursos materiais e o bem-estar subjectivo, contribuiu para a evolução do conceito de qualidade de vida. A qualidade de vida surgia assim associada à percepção da satisfação com a vida, assim como com as suas condições, estabelecendo uma relação entre as expectativas do indivíduo e o seu nível de satisfação (MARINS, s/ data).

Podemos, assim, constatar o crescente interesse que existiu pelo conceito de qualidade de vida por parte da comunidade científica, e a tentativa de o conceptualizar, tendo em vista a sua aplicabilidade no campo da saúde.

Foi neste contexto que a OMS, no início da década de 90, criou um grupo de peritos pertencentes a diferentes culturas, o World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group), com o objectivo de discutir o conceito de qualidade de vida e de construir um instrumento para a sua avaliação. Este grupo considerou que a qualidade de vida baseava-se em três aspectos, subjectividade, multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas (WHOQOL Group, 1993).

Consequentemente, em 1993, a OMS redimensionou o conceito de qualidade de vida como, a percepção que o indivíduo tem da sua vida, no contexto da sua cultura e de valores em que se integra, relativamente aos seus objectivos, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1993). A qualidade de vida é, assim um conceito multidimensional, que integra o estado de saúde física, psicológica, grau de autonomia, relações sociais, crenças pessoais e o conjunto de interações com o ambiente biofísico (WHOQOL Group, 1993).

Segundo PASCHOAL (2000) a razão para estudar a qualidade de vida partiu do estudo dos indicadores sociais, que embora proporcionassem informações acerca de unidades culturais, forneciam pouca ou nenhuma informação acerca da qualidade de vida do indivíduo dentro da unidade. O mesmo autor cita ainda mais dois motivos para se desenvolver e avaliar a qualidade de vida na população geral. Uma é a de promover dados normativos que servem de comparação para os dados colhidos das amostras populacionais específicas, e a outra, consiste em promover saúde para todos, uma vez que a promoção da saúde requer procedimentos que melhorem a qualidade de vida.

Como tal, o estudo da qualidade de vida na população em geral torna-se importante para o desenvolvimento de indicadores sociais, de padrões normativos de comparação e como componente focal de esforços para a promoção da saúde.

A enorme variabilidade de conceitos evidencia que o conceito abrange múltiplos significados, reflectindo experiências, valores, crenças de indivíduos e colectividades em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo como tal uma construção social com a marca de relatividade cultural.

RIBEIRO (2005) refere que, alguns dos objectivos das medidas populacionais em saúde são: comparar a saúde entre grupos, monitorizar alterações na saúde, identificar e quantificar desequilíbrios, analisar intervenções em saúde do ponto de vista custo-benefício e fornecer informações sobre as prioridades dos serviços de saúde, sobre investigação e desenvolvimento. Segundo DUARTE (2002), citando DONOVAN (1997), um bom instrumento de medida da qualidade de vida relacionada com a saúde

deve ser adequado ao problema de saúde que pretende avaliar, válido, preciso, sensível, baseado em dados gerados pelos próprios doentes e aceite pelos doentes.

As medidas de avaliação da qualidade de vida utilizadas para avaliar intervenções clínicas englobam uma lista de funções físicas, como a mobilidade, desempenho de actividades do dia-a-dia, dor física, interacção social e acuidade mental. Todas estas medidas tentam fornecer uma descrição objectiva do que é inevitavelmente uma avaliação pessoal e subjectiva (JONSEN, SIEGLER, WINSLADE, 1999).

2.9. Qualidade de vida e abordagens terapêuticas na doença cardíaca

O benefício da intervenção cirúrgica nas DCV na qualidade de vida dos indivíduos encontra-se documentado, demonstrando ser um problema em estudo pela comunidade científica (KATTAINEN et al, 2005).

A revisão bibliográfica revela uma multiplicidade de critérios e variáveis que interferem na QV percebida, implicando o controlo de algumas variáveis biológicas, psicológicas e sociais (NERI, 2007), representadas no quadro de referência (Figura 1). Vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar como longevidade, saúde biológica, saúde mental, manutenção de capacidades cognitivas e papéis familiares, competência social e profissional, produtividade, status social e continuidade de relações informais em grupos primários (rede familiar e de amigos) (NERI, 2007). Apesar de não ser possível estabelecer o grau de importância de cada uma das variáveis, as doenças e as perdas afectivas ou de papéis familiares/ocupacionais, têm maior probabilidade de ocorrer em indivíduos de maior faixa etária (NERI, 2007).

O agregado familiar pode constituir um indicador do acesso a bens e serviços. Conforme referido anteriormente, a restrição de bens e serviços poderão condicionar a QV dos indivíduos e famílias [FERREIRA e SANTANA (2003), WHO (2004)].

FAVARATO et al (2007), avaliaram o impacto da terapêutica farmacológica e cirúrgica na qualidade de vida dos indivíduos, seis meses e um ano após intervenção. Verificaram que, apesar do aumento da qualidade de vida ocorrer nos dois grupos, os indivíduos submetidos a *bypass* coronário apresentam uma melhor percepção de QV nos dois momentos de avaliação. Salientam, ainda, que os homens apresentavam uma avaliação mais positiva do que as mulheres nos dois momentos.

BORKON et al (2002), NORRIS et al (2004), BONAROS et al (2005), confirmam estes resultados defendendo que os indivíduos submetidos a *bypass* coronário apresentam melhor qualidade de vida quando comparados com indivíduos submetidos a terapêutica não invasiva. BONAROS et al (2005) acrescentam que o aumento da qualidade de vida após revascularização cardíaca é notório ao final de três meses após cirurgia.

CHOCRON et al (2000), demonstraram que a percepção da qualidade de vida dos doentes valvulares depois de operados é melhor do que a percepção que tinham antes de ser operados.

SUNDT et al (2000), referem que os indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca apresentam uma percepção da qualidade de vida muito semelhante ao da população em geral, apresentando melhor

qualidade de vida para algumas dimensões, tais como, a dor corporal, a saúde em geral, a função social, o desempenho emocional e saúde mental. Os autores demonstraram que na substituição da válvula aórtica, a sobrevivência pós-operatória ao final de 5 anos é bastante satisfatória e que existe significativa melhoria da qualidade de vida.

3. MATERIAL, POPULAÇÃO E MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo

Toda a investigação baseia-se num paradigma que determina os critérios segundo os quais se seleccionam e definem problemas para investigar, isto é, que determina a forma como o problema é formulado e como vai ser metodologicamente tratado (FORTIN, 1999).

Um paradigma consiste

“num padrão de pensamento ou de conceptualização (...), numa maneira global de se considerar os fenómenos que orientam o trabalho” (LAST, 1988, p.146).

O paradigma quantitativo compreende segundo FORTIN (1999, p.22) a colheita sistemática *“de dados observáveis e quantificáveis”*. Tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos. A objectividade, a predisposição, o controlo e a generalização são características inerentes a este paradigma (FORTIN, 1999).

Dada a natureza da investigação, o estudo inseriu-se no paradigma quantitativo.

O presente estudo pode ser classificado como observacional, pois

“não se interfere com o curso dos acontecimentos (...) estudando-se as diferenças de distribuição de uma característica (...) e a sua evolução, em relação com as de outra ou outras características” (LAST, 1988, p.142),

analítico, recorrendo-se à análise

“das relações associações (...) com o objectivo de identificar ou medir os efeitos de factores de risco (...) ou de exposições específicas sobre a saúde” (LAST, 1988, p.26),

e de coorte histórica, uma vez que a população definida já tinha sido submetida a cirurgia cardíaca no passado, hipoteticamente susceptível de influenciar alguns aspectos da qualidade de vida dos indivíduos (LAST, 1988), (ROTHMAN, GREENLAND e LASH, 2008).

3.2. População

População é definida por FORTIN (1999, p.373) como o

“conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou mais variáveis características semelhantes e sobre a qual assenta uma investigação”.

Deste modo, a população em estudo foi constituída pelos indivíduos adultos, submetidos a cirurgia cardíaca, urgente ou electiva, para tratamento de doença cardíaca, entre Setembro 2006 e Junho 2009, no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), EPE - Hospital de Santa Marta.

O Hospital de Santa Marta (HSM) foi seleccionado intencionalmente por se tratar de uma instituição de saúde altamente diferenciada, situada em Lisboa, com vocação de cardiologia. A investigadora conhecia a instituição e tinha acesso a dados e informações, uma vez que é profissional de saúde no local. Por outro lado, não eram conhecidos documentos que traduzissem um conhecimento sobre a variação de aspectos da qualidade de vida na população do estudo.

A selecção do período de tempo em análise residiu na data da implementação dos questionários realizados pela equipa de enfermagem aos utentes no âmbito do percurso integrado do utente na consulta de follow-up, do Serviço de Cirurgia Cardiorácica (14 de Setembro 2006), até à data de início da colheita de dados (30 de Junho 2009).

Não foram considerados critérios de exclusão e não foi feita qualquer amostra.

3.3. Instrumento de colheita de dados

Para a colheita de dados foram utilizados os questionários realizados no âmbito do percurso integrado do utente na consulta de follow-up, no Serviço de Cirurgia Cardiorácica, pela equipa de enfermagem. Os questionários são aplicados ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano após cirurgia cardíaca, com o objectivo de avaliar aspectos clínicos e da qualidade de vida dos indivíduos (ANEXO I, II, III). O acesso aos dados foi exclusivamente através da base de dados do Serviço de Cirurgia Cardiorácica.

Uma vez que os dados se encontravam disponíveis e nunca tinham sido trabalhados com os objectivos do estudo, considerou-se pertinente e relevante, para a investigadora e para o hospital, transformá-los em conhecimento.

3.4. Variáveis

Uma variável pode ser definida como

“qualquer atributo, fenómeno ou acontecimento que possa ter diferentes valores” (LAST, 1988, p.196).

De acordo com LAST (1988, p.71) a variável dependente corresponde a uma *“variável cujo valor depende do efeito de outra ou outras variáveis (variável independente)”*.

Assim, para caracterizar o estado geral de saúde, o estado físico, a autonomia e as relações sociais dos indivíduos, recorreu-se à operacionalização de variáveis de caracterização de aspectos da qualidade de vida, representados no quadro de operacionalização da qualidade de vida (Anexo IV, Quadro 3, 4 e 5).

Para LAST (1988, p.107), a variável independente é uma

“característica que é observada, ou medida, e que se supõe influenciar um dado acontecimento ou manifestação (designado por variável dependente)”.

Para caracterizar a influência da cirurgia cardíaca na evolução da qualidade de vida dos indivíduos, recorreu-se à sua operacionalização em variáveis clínicas e sócio-demográficas (Anexo IV, Quadro 2). As variáveis sócio-demográficas e profissionais tinham como objectivo caracterizar a população do ponto de vista social, demográfico e profissional, permitindo ainda a análise de possíveis factores de confundimento.

Os factores de risco operacionalizados baseiam-se nos factores de risco referidos pela literatura. Tinham como objectivo caracterizar clinicamente o indivíduo e o período após a intervenção terapêutica, em aspectos que podem influenciar a qualidade de vida percebida. Para classificar as

complicações após cirurgia foi utilizada a classificação adoptada pelo Serviço (FRAGATA et al, s/ data).

3.5. Análise dos dados

Os dados recolhidos em documento Excel foram introduzidos e codificados no programa informático SPSS versão 15.0.

Realizou-se a análise exploratória dos dados e estatística descritiva, de modo a identificar aspectos e padrões de maior interesse (GONÇALVES, 2007). Esta análise consistiu na determinação de medidas de frequência, de localização e de dispersão.

Para as variáveis quantitativas, como medidas de localização foi calculada a média, mediana, moda, valores máximos/mínimos, assim como os quartis e percentis. Como medidas de dispersão foi determinado o desvio padrão (dp), a variância, a amplitude de variação total e interquartílica (MAROCO, 2007).

Para as variáveis qualitativas nominais, foi calculada a moda e medidas de frequências, enquanto que, para as variáveis qualitativas ordinais foi calculada a classe modal, a mediana e medidas de frequências (GONÇALVES, 2007).

Para a comparação da evolução dos aspectos da qualidade de vida foram utilizadas medidas de frequência.

Uma vez que não foi constituída amostra, o estudo não contemplou inferência estatística.

3.6. Considerações éticas/legais e conflitos de interesse

Uma vez que o estudo foi realizado com indivíduos, foram necessárias medidas de modo a respeitar os direitos, princípios e liberdades dos indivíduos que participaram na investigação (FORTIN, 1999). Deste modo, para se proceder ao estudo foi solicitado pedido formal ao Conselho de Administração do HSM, mediante a entrega do protocolo da dissertação que justificava a necessidade e relevância do mesmo.

Todos os dados recolhidos e informatizados foram codificados. Para identificação dos indivíduos foi utilizado apenas o código atribuído pela consulta de follow-up cardíaco, para que fosse possível o cruzamento dos dados nos três momentos de avaliação, salvaguardando-se o anonimato dos indivíduos e confidencialidade dos processos.

Apesar da investigadora exercer funções no HSM, não se considerou que existissem conflitos de interesse.

5. RESULTADOS

Desde 14 de Setembro 2006 até 30 de Junho de 2009 foram submetidos a cirurgia cardíaca 1887 indivíduos, no Serviço de Cirurgia Cardiorádica do HSM. Destes, 1762 (93,4%) responderam ao questionário de follow-up cardíaco um mês após a cirurgia cardíaca, 1471 (78,0%) responderam ao questionário de follow-up cardíaco seis meses após cirurgia cardíaca e 1131 (55,9%) responderam ao questionário de follow-up cardíaco um ano após cirurgia cardíaca.

Eram conhecidas as causas para 9,4% (N=177) de perdas de follow-up. Estes dados não se encontravam disponíveis para cada um dos tempos do follow-up. As perdas de follow-up conhecidas prenderam-se com, recusa das consultas de seguimento (0,6%, N=1), impossibilidade de contacto (19,8%, N=35), regresso ao país de origem no caso de provenientes dos PALOP ou que se encontravam temporariamente noutro país (11,3%, N=20), processos indisponíveis (6,8%, N=12), óbitos (52,0%, N=92) e re-internamentos (9,6%, N=17).

No Quadro 6 encontra-se representado o número de respostas válidas e de dados omissos para cada variável do estudo. Os dados desconhecidos ou indisponíveis foram considerados como omissos.

No decurso da apresentação dos resultados foram utilizadas apenas as respostas válidas.

Quadro 6: Frequência de respostas válidas e dados omissos para cada variável do estudo (frequências absolutas - N e relativas - %)

Variáveis	Válidos		Omissos	
	N	%	N	%
Idade	1880	99,6	7	0,4
Grupo etário	1880	99,6	7	0,4
Sexo	1887	100,0	0	0
Distrito	1872	99,2	15	0,8
Altura	1043	55,3	844	44,7
Peso	1084	57,4	803	42,6
IMC	1038	55,0	849	45,0
DataCirurgia	1878	99,5	9	0,5
Cirurgia	1884	99,8	3	0,2
Diagnóstico	1880	99,6	7	0,4
DataInternamento	1875	99,4	12	0,6
DataAlta	1881	99,7	6	0,3
DuraçãoInternamento	1871	99,2	16	0,8
Destino	1842	97,6	45	2,4
HTA	1887	100,0	0	0
DM	1693	89,7	194	10,3
HábitosTabágicos	1693	89,7	194	10,3
Etíllismo	1693	89,7	194	10,3
Dislipidémia	1693	89,7	194	10,3

Variáveis	Válidos		Omissos	
ICC	1693	89,7	194	10,3
Obesidade	1693	89,7	194	10,3
FA	1693	89,7	194	10,3
EAM	1693	89,7	194	10,3
Complicações	1887	100,0	0	0
Rim	1887	100,0	0	0
Pulmão	1887	100,0	0	0
Coração	1887	100,0	0	0
Coagulação	1887	100,0	0	0
Infecção_Inflamação	1887	100,0	0	0
Outras	1887	100,0	0	0
Incidentes	1887	100,0	0	0
EstadoGeral1	1762	93,4	125	6,6
Dor1	1811	96,0	76	4,0
Analgesia1	1886	99,9	1	0,1
Fadiga1	1757	93,1	130	6,9
Caminhadas1	1761	93,3	126	6,7
SubirEscadas1	1763	93,4	124	6,6
AVD1	1754	93,0	133	7,0
ActSexualPré	1811	96,0	76	4,0
ActSexual1	1811	96,0	76	4,0
CumprimentoDieta1	1810	95,9	77	4,1
HabTabágicos1	1811	96,0	76	4,0
MediçãoTA1	1762	93,4	125	6,6
MediçãoFC1	1757	93,1	130	6,9
MediçãoGlicémia1	1742	92,3	145	7,7
AgregadoFamiliar1	1747	92,6	140	7,4
ApoioSocial1	1811	96,0	76	4,0
ApoioFamiliar1	1811	96,0	76	4,0
EstadoGeral2	1471	78,0	416	22,0
Dor2	1528	81,0	359	19,0
Analgesia2	828	43,9	1059	56,1
LocalDor2	542	28,7	1345	71,3
Fadiga2	1459	77,3	428	22,7
Caminhadas2	1469	77,8	418	22,2
SubirEscadas2	1472	78,0	415	22,0
AVD2	1461	77,4	426	22,6
ActSexual2	1529	81,0	358	19,0
ActProfissionalPré	1528	81,0	359	19,0
ActProfissional2	1528	81,0	359	19,0
Cumprimentodieta2	1528	81,0	359	19,0
HabTabágicos2	1528	81,0	359	19,0

Variáveis	Válidos		Omissos	
AgregadoFamiliar2	1456	77,2	431	22,8
ApoioSocial2	1528	81,0	359	19,0
ApoioFamiliar2	1528	81,0	359	19,0
MediçãoTA2	1465	77,6	422	22,4
MediçãoFC2	1457	77,2	430	22,8
MediçãoGlicémia2	1447	76,7	440	23,3
EstadoGeral3	1131	59,9	756	40,1
Dor3	1186	62,9	701	37,1
LocalDor3	347	18,4	1540	81,6
Analgesia3	588	31,2	1299	68,8
Fadiga3	1126	59,7	761	40,3
ExercVigorosos	1126	59,7	761	40,3
ExercModerado	1128	59,8	759	40,2
Caminhadas3	1121	59,4	766	40,6
SubirEscadas3	1130	59,9	757	40,1
AVD3	1129	59,8	758	40,2
ActSexual3	1185	62,8	702	37,2
ActProfissional3	1185	62,8	702	37,2
Cumprimentodieta3	1185	62,8	702	37,2
HabTabágicos3	1185	62,8	702	37,2
VigilânciaTA3	1126	59,7	761	40,3
VigilânciaFC3	1123	59,5	764	40,5
Complicações3	1185	62,8	702	37,2
TipoComplicações3	171	9,1	1716	90,9
Omissos	177	9,4	1710	90,6

5.1. Características sócio-demográficas¹

Os indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca tinham, em média, 64,2 anos (dp=13,5 anos). O mais novo tinha 18 anos e o mais velho 90 anos (amplitude do intervalo de variação de 72 anos). Cinquenta por cento dos indivíduos tinha até 67 anos. O mais frequente era os indivíduos apresentarem 71 anos. Vinte e cinco por cento dos indivíduos apresentavam idades inferiores a 58 anos e 75% inferiores a 74 anos (amplitude interquartílica de 16 anos).

A distribuição das idades dos indivíduos sujeitos a cirurgia cardíaca era assimétrica à direita (*skewness*= -1,1), e leptocúrtica (*kurtose*= 1,0).

A população era maioritariamente masculina [63,4% (N=1177) homens, e 37,5% (N=710) mulheres].

No Quadro 7 encontram-se as medidas de tendência central e dispersão para ambos os sexos.

¹ A caracterização sócio-demográfica diz respeito ao total de indivíduos intervencionados no Serviço de Cardiorádica do HSM durante o tempo em estudo.

As mulheres apresentavam uma idade média superior aos homens. A mediana das idades das mulheres era também superior à das dos homens.

Quadro 7: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) e por sexo

Medidas de tendência central e dispersão	Homens	Mulheres	Total
Média (dp)	63,8 (12,3)	64,9 (15,3)	64,2 (13,5)
me	65	69	67
mo	71	68 ²	71
Mínimo	18	18	18
Máximo	90	87	90
Amplitude do intervalo de variação	72	69	72
Percentil 25	57	59	58
Percentil 75	73	76	74
Amplitude interquartílica	16	17	16

Cinquenta e três vírgula sete por cento (N=1005) dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca no HSM provinham do distrito de Lisboa. Seguiu-se o distrito de Beja (10,8%, N=203), Setúbal (9,8%, N=183) e Castelo Branco (8,3%, N=156) (Quadro 8).

Quadro 8: Distrito de residência dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)

Distrito	N	%
Faro	70	3,7
Beja	203	10,8
Setúbal	183	9,8
Évora	1	0,1
Lisboa	1005	53,7
Portalegre	89	4,8
Santarém	64	3,4
Leiria	58	3,1
Castelo branco	156	8,3
Coimbra	1	0,1
Aveiro	2	0,1
Viseu	5	0,3
Guarda	7	0,4

² Foram identificadas múltiplos valores de mo. Quando se sucedeu, o valor apresentado foi o menor.

Distrito	N	%
Porto	4	0,2
Vila Real	1	0,1
Braga	1	0,1
Viana	2	0,1
Região Autónoma dos Açores	20	1,1
Total	1872	100,0

Trinta e quatro vírgula quatro por cento (N=526) dos indivíduos apresentavam uma actividade profissional antes da cirurgia. Destes, 74,9% (N=394) eram homens e 25,1% (N=132) mulheres.

Em média, os indivíduos com actividade profissional antes da cirurgia tinham 54,5 anos (dp=12,3 anos). O indivíduo mais novo tinha 18 anos e o mais velho 81 anos. Cinquenta por cento dos indivíduos tinha até 56 anos, sendo o mais frequente ter 58 anos. Vinte e cinco por cento dos indivíduos activos tinham até 48 anos e 75% até 62 anos.

5.2. Características clínicas

A doença coronária de 3 vasos era o diagnóstico mais frequente na população, seguido da estenose da válvula aórtica. Para a doença da válvula mitral, a insuficiência da válvula era a doença mais comum e era mais frequente do que insuficiência da válvula aórtica.

Nos homens o diagnóstico mais comum era a doença coronária de 3 vasos (28,9%) enquanto que nas mulheres era estenose aórtica (19,9%) (Quadro 9).

Quadro 9: Distribuição dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca do HSM por diagnóstico e por sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)

Diagnóstico	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Doença coronária 3 vasos	340	28,9	114	16,1	454	24,1
Estenose aórtica	131	11,1	141	19,9	272	14,5
Doença coronária 2 vasos	122	10,4	39	5,5	161	8,6
Doença coronária 3 vasos+doença TC	124	10,5	33	4,7	157	8,4
Doença aórtica+DC	78	6,6	62	8,8	140	7,4
Insuficiência mitral	49	4,2	53	7,5	102	5,4
Doença 2 vasos+doença TC	54	4,6	23	3,3	77	4,1
Outras	26	2,2	38	5,4	64	3,4
Doença mitral+aórtica	21	1,8	39	5,5	60	3,2
Insuficiência aórtica	34	2,9	19	2,7	53	2,8
Doença coronária 1 vaso	35	3,0	16	2,3	51	2,7
CIA	13	1,1	32	4,5	45	2,4

Diagnóstico	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estenose mitral	16	1,4	23	3,3	39	2,1
Doença válvula pulmonar	24	2,0	11	1,6	35	1,9
Aneurisma Aorta	26	2,2	7	1,0	33	1,8
Doença 1 válvula+outras	19	1,6	13	1,8	32	1,7
Doença mitral+DC	18	1,5	12	1,7	30	1,6
Doença mitral+tricúspide	11	0,9	15	2,1	26	1,4
Dissecção Aorta	10	0,8	4	0,6	14	0,7
Doença 3 válvulas	8	0,7	6	0,8	14	0,7
CIV	7	0,6	4	0,6	11	0,6
Doença coronária 4 vasos	6	0,5	1	0,1	7	0,4
Doença 2 válvulas+DC	1	0,1	2	0,3	3	0,2
Total	1173	100,0	707	100,0	1880	100,0

O tipo de cirurgia mais frequente foi o *bypass* coronário seguido da reparação/substituição de válvulas cardíacas. Nos homens a cirurgia mais comum era o *bypass* coronário (59,1%, N=695) enquanto que nas mulheres era a cirurgia valvular (35,5% N=252) (Quadro 10).

Quadro 10: Distribuição dos indivíduos por tipo de cirurgia cardíaca e por sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)

Cirurgias cardíacas	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bypass coronário	695	59,1	239	33,7	934	49,6
Válvula cardíaca	254	21,6	252	35,5	506	26,9
Bypass coronário+válvula cardíaca	77	6,6	59	8,3	136	7,2
Válvula cardíaca+outros	59	5,0	54	7,6	113	6,0
Outros	77	6,6	99	14,0	176	9,3
Bypass coronário+outros	13	1,1	6	0,8	19	1,0
Total	1175	100,0	709	100,0	1884	100,0

Os indivíduos submetidos a cirurgia valvular apresentavam uma idade média inferior à dos submetidos a *bypass* coronário. Enquanto que para a cirurgia valvular o mais frequente era apresentarem 68 anos, no *bypass* coronário o mais frequente era apresentarem 75 anos.

A idade média mais alta verificava-se nos indivíduos submetidos a cirurgia valvular associada a *bypass* coronário, e a mais baixa nos indivíduos submetidos a “outras” cirurgias cardíacas.

As mulheres submetidas às diferentes cirurgias cardíacas apresentavam idades médias superiores à dos homens, excepto para as “outras” cirurgias cardíacas (Quadro 11).

Quadro 11: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) e por sexo para os indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca

	Homens				Mulheres				Total			
Cirurgia	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
Bypass coronário	65,2 (9,8)	65	71	37;90	68,7 (9,9)	71	78	27;87	66,1 (9,9)	67	75	27;90
Válvula cardíaca	63,0 (14,6)	67	72	18;88	66,0 (14,8)	69	68	20;87	64,5 (14,7)	68	68	18;88
Bypass coronário+ válvula cardíaca	70,7 (9,0)	74	78	46;87	74,0 (6,9)	75	77	53;87	72,2 (8,3)	75	77	46;87
Válvula cardíaca+ outros	58,2 (14,5)	60	60	22;82	64,5 (15,3)	69	77	19;83	61,2 (15,1)	64	71	19;83
Bypass coronário+ outros	60,0 (12,2)	58	42	42;80	53,2 (16,1)	53	30	30;72	57,7 (13,5)	57	42	30;80
Outros	53,0 (16,4)	56	52	20;82	48,2 (18,6)	48	68	18;80	50,3 (17,8)	52	68	18;82

Em média a duração do internamento para a cirurgia cardíaca foi de 11,9 dias (dp=14,3 dias). O internamento mais curto foi de 3 dias e o mais longo de 350 dias. A mediana foi de 8 dias sendo que o mais frequente foram os internamentos de 7 dias. Vinte e cinco por cento dos indivíduos apresentavam internamentos inferiores a 7 dias e 75% inferiores a 12 dias (amplitude interquartilica de 5 dias). As mulheres apresentaram uma média de internamento superior aos homens (Quadro 12).

Quadro 12: Medidas de tendência central e dispersão do tempo de internamento (em dias) para a cirurgia cardíaca em ambos os sexos

Medidas de tendência central e dispersão	Homens	Mulheres
Média (dp)	11,2 (12,0)	13,0 (17,5)
me	8	9
mo	7	7
Mínimo	3	3
Máximo	269	350
Amplitude do intervalo de variação	266	347

Medidas de tendência central e dispersão	Homens	Mulheres
Percentil 25	7	7
Percentil 75	12	13
Amplitude interquartilica	5	6

A regressão linear entre a idade e o tempo de internamento revelou que 5% da variabilidade total do tempo de internamento era explicada pela idade (*Adjusted R Square* (R^2_a) =0,05).

A maioria dos indivíduos (73,3%, N=1384) não apresentou complicações pós-cirurgia. Nos que tinham tido este tipo de complicações (26,7%, N=503), o mais frequente foram as complicações cardíacas. Seguiam-se as pulmonares, as complicações do sistema nervoso central (SNC), e outras complicações. As mulheres apresentaram maior número de complicações do que os homens em todas as categorias, excepto nas complicações de coagulação (Quadro 13).

Quadro 13: Distribuição das complicações pós-cirurgia em relação ao sexo dos indivíduos (frequências absolutas - N e relativas - %)

Complicações	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cardíacas	155	13,2	110	15,5	265	14,0
Pulmonares	59	5,0	48	6,8	107	5,7
SNC	43	3,7	34	4,8	77	4,1
Renais	21	1,8	15	2,1	36	1,9
Coagulação	23	2,0	12	1,7	35	1,9
Infecção/Inflamação	22	1,9	16	2,3	38	2,0
Outras	53	4,5	33	4,6	86	4,6

Os indivíduos com doença valvular apresentaram maior número de complicações (30,0%, N=152) relativamente aos indivíduos com doença coronária (24,9%, N=232).

As mulheres mantiveram-se como o sexo com maior frequência de complicações em todas as cirurgias. A cirurgia com maior percentagem de complicações foi a cirurgia valvular, para ambos os sexos (Quadro 14).

Quadro 14: Distribuição das complicações pós-cirurgia em relação ao tipo de cirurgia cardíaca dos indivíduos de acordo com o sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)

Cirurgia cardíaca	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bypass coronário	363	25,6	372	26,5	232	24,8
Cirurgia valvular	377	26,4	278	28,8	152	30,0
Bypass coronário + cirurgia valvular	313	25,3	225	28,6	35	25,7
Outras	331	25,9	226	28,7	54	30,7

Após a alta do serviço, 93,5% (N=1722) dos indivíduos regressaram ao domicílio e 5,7% (N=105) foram transferidos para outro hospital, da sua área de referência ou especializados na patologia actual. Os restantes indivíduos (0,8%, N=15) foram transferidos para outros locais como lares ou unidades de cuidados continuados.

5.3. Factores de risco

À data da cirurgia, os indivíduos pesavam, em média, 71,8 Kg (dp=13,1 Kg). O peso mínimo verificado foi de 38 Kg e o máximo de 134 Kg. Cinquenta por cento dos indivíduos tinha até 71 Kg, sendo o mais frequente ter 70 Kg de peso (Quadro 15).

Quadro 15: Medidas de tendência central e dispersão do peso (em Kg) de acordo com o sexo

Medidas de tendência central e dispersão	Homens	Mulheres
Média (dp)	76,0 (12,1)	65,3 (12,1)
me	75	64
mo	70	60
Mínimo	42	38
Máximo	134	109
Amplitude do intervalo de variação	92	71
Percentil 25	68	57
Percentil 75	83	73
Amplitude interquartilica	15	6

Em média, os indivíduos mediam, 1,63 m (dp=0,1 m). Cinquenta por cento dos indivíduos apresentavam uma altura até 1,64 m sendo a altura mínima de 1,37 m e a máxima de 1,95 m. O mais frequente era os indivíduos apresentarem 1,60 m. Os homens apresentavam uma altura média superior às mulheres (Quadro 16).

Quadro 16: Medidas de tendência central e dispersão da altura (em metros) de acordo com o sexo

Medidas de tendência central e dispersão	Homens	Mulheres
Média (dp)	1,68 (0,1)	1,56 (0,1)
me	1,68	1,56
mo	1,65	1,60
Mínimo	1,47	1,37
Máximo	1,95	1,78
Amplitude do intervalo de variação	0,48	0,41
Percentil 25	1,63	1,52
Percentil 75	1,73	1,61
Amplitude interquartilica	0,1	0,09

O índice de massa corporal médio da população indicou excesso de peso, no estadio de pré-obesidade (ANEXO V). Apesar do IMC dos homens ser superior, ambos os sexos apresentavam, em média, excesso de peso (Quadro 17).

Quadro 17: Medidas de tendência central e dispersão do IMC (Kg/m²) de acordo com o sexo

Medidas de tendência central e dispersão	Homens	Mulheres	Total
Média (dp)	27,0 (3,8)	26,7 (4,8)	26,8 (4,2)
me	27	26	26,6
mo	27,2	25,0	24,8
Mínimo	17,9	15,2	15,2
Máximo	45,3	48,0	48,0
Percentil 25	24,4	23,3	24,0
Percentil 75	29,3	29,4	29,4

Verificou-se que 67,4% (N=1271) dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca eram hipertensos, 27,8% (N=471) eram diabéticos, 52,5% (N=889) tinham dislipidemia, 10,6% (N=180) eram obesos, 15,5% (N=262) apresentavam hábitos tabágicos e 1,8% (N=31) referiam ingerir de álcool.

O Quadro 18 apresenta a distribuição dos factores de risco de acordo com o sexo dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca. Os homens apresentavam maior proporção de indivíduos hipertensos e com dislipidemia do que as mulheres. As mulheres apresentavam maior proporção de indivíduos com diabetes mellitus.

Quadro 18: Distribuição dos factores de risco dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca de acordo com o sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)

Factores de risco	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
HTA	810	68,8	461	64,9	1271	67,4
DM	281	26,8	190	29,5	471	27,8
Dislipidémia	553	52,8	336	52,1	889	52,5
Obesidade	110	10,5	70	10,9	180	10,6
Hábitos tabágicos	172	16,4	90	14,0	262	15,5
Hábitos etílicos	19	1,8	12	1,9	31	1,8
EAM	201	19,2	120	18,6	321	19,0

Relativamente a outros factores de risco, 14,0% (N=237) dos indivíduos apresentava insuficiência cardíaca congestiva (14,3%, N=150 homens; 13,5%, N=87 mulheres) e 14,4% (N=244) fibrilhação auricular (14,4%,N=151; 14,4%N=93 mulheres).

Dezanove por cento dos indivíduos (N=321) já tinham tido pelo menos um EAM, sendo mais frequente nos homens. Entre os indivíduos com diagnóstico de doença coronária, 20,3% (N=166) apresentavam pelos menos um EAM.

Os indivíduos com doença coronária apresentavam maior percentagem de hipertensos, diabéticos e com dislipidémia do que os indivíduos com doença valvular (Quadro 19).

Quadro 19: Distribuição da frequência dos factores de risco segundo os dois tipos de diagnósticos mais comuns (doença coronária e valvular) (frequências absolutas - N e relativas - %)

Factores de risco	Doença coronária		Doença valvular	
	N	%	N	%
Hipertensão arterial	744	82,0	320	52,6
Diabetes Mellitus	231	28,2	148	27,3
Dislipidémia	430	52,5	270	49,7
Obesidade	83	10,1	60	11,0
Hábitos tabágicos	132	16,1	74	13,6
EAM	166	20,3	100	18,4

5.4. Complicações e incidentes após 1 ano de cirurgia

Ao final de 1 ano de follow-up, 85,4% (N=1012) dos indivíduos não apresentaram complicações e 14,6% (N=173) apresentaram. As complicações mais frequentes foram “outras complicações”, seguidas das cardiovasculares e pulmonares. Nos homens, a complicação mais frequente foram as

complicações cardiovasculares e nas mulheres “outras” complicações, seguidas das cardiovasculares (Quadro 20).

Quadro 20: Distribuição das complicações ocorridas após 1 ano de cirurgia em relação ao sexo dos indivíduos (frequências absolutas - N e relativas - %)

Complicações	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cardiovasculares	36	36,0	19	26,8	55	32,2
Pulmonares	10	10,0	7	9,9	17	9,9
SNC	8	8,0	5	7,0	13	7,6
Renais	2	2,0	1	1,4	3	1,8
Coagulação	6	6,0	3	4,2	9	5,3
Infecção/Inflamação	5	5,0	1	1,4	6	3,5
Outras	33	33,0	35	49,3	68	39,8
Total	100	100,0	71	100,0	171	100,0

Um ano após a cirurgia cardíaca, 12,5% (N=236) dos indivíduos foram re-internados e 4,9% (N=92) faleceram. Ocorreu maior número de re-internamentos nas mulheres, e maior número de óbitos nos homens (Quadro 21).

Quadro 21: Distribuição dos incidentes ocorridos em relação ao sexo dos indivíduos (frequências absolutas - N e relativas - %)

	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Incidentes						
Re-internamentos	127	10,8	109	15,4	236	12,5
Óbitos	58	4,9	34	4,8	92	4,9
Desconhecidos	992	84,3	567	79,9	1559	82,6
Total	1177	100,0	143	100,0	328	100,0

5.4.1. Re-internamentos

Cinquenta e três vírgula oito por cento (N=127) dos indivíduos re-internados eram do sexo masculino e 46,2% (N=109) do sexo feminino. Quarenta e quatro vírgula cinco por cento (N=105) dos indivíduos tinham sido submetidos a revascularização coronária e 28,8% (N=68) a cirurgia valvular.

Nas mulheres a maior percentagem de re-internamento foi para as submetidas a cirurgia valvular e nos homens para os submetidos a *bypass* coronário (Quadro 22).

Quadro 22: Distribuição dos indivíduos re-internados durante um ano de follow-up, segundo o tipo de cirurgia cardíaca realizada e de acordo com o sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)

Cirurgia cardíaca		Homens		Mulheres		Total	
		N	%	N	%	N	%
Bypass coronário		68	53,5	37	33,9	105	44,5
Válvula cardíaca		22	17,3	46	42,2	68	28,8
Bypass coronário+válvula cardíaca		14	11,0	11	10,1	25	10,6
Válvula cardíaca+outros		7	5,5	6	5,5	13	5,5
Bypass coronário+outros		3	2,4	1	0,9	4	1,7
Outros		13	10,2	8	7,3	21	8,9
Total		127	100,0	109	100,0	236	100,0

Os indivíduos re-internados em média tinham 65,8 anos (dp=12,7anos). Nos homens, a média de idade era de 63,6 anos (dp=13,1 anos), e para as mulheres era de 68,4 anos (dp=11,7 anos) (Quadro 23).

Quadro 23: Medidas de tendência central e de dispersão para a variável idade (em anos), por sexo e por tipo de cirurgia cardíaca dos indivíduos re-internados

Cirurgia	Homens				Mulheres				Total			
	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
Bypass coronário	65,7 (10,1)	65	64	44;90	69,5 (10,4)	72	77	42;83	67,1 (10,3)	67	64	42;90
Válvula cardíaca	64,8 (11,6)	67	64	31;78	68,9 (11,8)	70	64	38;87	67,5 (11,7)	70	64	31;87
Bypass coronário+válvula cardíaca	69,1 (11,2)	72	55	46;83	74,1 (4,8)	75	79	67;80	71,3 (9,1)	72	79	46;83
Válvula cardíaca+outros	57,8 (11,1)	60	43	43;71	61,5 (15,2)	64	33	33;77	59,4 (12,7)	63	60	33;77
Bypass coronário+outros	54,3 (11,0)	58	42	42;63	69,0	69	69	69;69	58,0 (11,6)	61	42	42;69
Outros	49,4 (21,2)	51	20	20;82	58,4 (16,0)	64	68	30;79	52,8 (19,5)	52	68	20;82
Total	63,6 (13,1)	64	64	20;90	68,4 (11,7)	70	64	30;87	65,8 (12,7)	68	64	20;90

Seis por cento dos indivíduos re-internados (N=14) tinham tido como destino após a alta outro hospital, 93,6% (N=220) o domicílio e 0,4% (N=1), outros destinos.

5.4.2. Óbitos

Quatro vírgula nove por cento (N=92) dos indivíduos tinham falecido no ano seguinte à cirurgia cardíaca. Sessenta e três por cento (N=58) eram do sexo masculino e 37,0% (N=34) pertenciam ao sexo feminino. Trinta e nove vírgula um por cento (N=36) tinha sido submetidos a cirurgia valvular e 37,0% (N=34) a revascularização coronária. Nas mulheres a maior percentagem de óbitos ocorreu no grupo submetido a cirurgia valvular e nos homens no grupo submetido a *bypass* coronário (Quadro 24).

Quadro 24: Distribuição dos indivíduos falecidos durante um ano de follow-up, segundo a cirurgia cardíaca realizada (frequências absolutas - N e relativas - %)

Cirurgia cardíaca	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bypass coronário	26	44,8	8	23,5	34	37,0
Válvula cardíaca	22	37,9	14	41,2	36	39,1
Bypass coronário+válvula cardíaca	5	8,6	7	20,6	12	13,0
Válvula cardíaca+outros	1	1,7	4	11,8	5	5,4
Bypass coronário+outros	0	-	0	-	0	-
Outros	4	6,9	1	2,9	5	5,4
Total	58	100,0	34	100,0	92	100,0

Os indivíduos falecidos em média 72,0 anos (dp= 12,0 anos), sendo o mais frequente terem 75 anos.

As mulheres falecidas tinham uma idade média superior aos homens.

Não se registaram óbitos entre os indivíduos submetidos a *bypass* coronário associada a outra cirurgia cardíaca (Quadro 25).

Quadro 25: Medidas de tendência central e de dispersão (em anos) para a variável idade, por sexo e por tipo de cirurgia cardíaca dos indivíduos falecidos

Cirurgia	Masculino				Feminino				Total			
	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
Bypass coronário	74,5 (7,4)	77	78	55;88	76,1 (6,6)	79	79	63;82	74,9 (7,2)	77	79	55;88

Cirurgia	Masculino				Feminino				Total			
	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
Válvula cardíaca	68,1 (16,6)	74	74	23;88	72,6 (8,5)	73	73	48;85	69,8 (14,1)	74	75	23;88
Bypass coronário+ válvula cardíaca	76,8 (6,6)	75	75	69;87	77,0 (4,5)	77	77	70;85	76,9 (5,2)	77	75	69;87
Válvula cardíaca+ outros	81,0	81	81	81;81	67,5 (19,8)	76	38	38;80	70,2 (18,2)	78	38	38;81
Bypass coronário+ outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros	59 (18,4)	60	36	36;81	52,0	52	52	52;52	57,6 (16,3)	58	36	36;81
Total	71,3 (13,1)	75	75	23;88	73,1 (10,0)	77	79	38;85	72,0 (12,0)	75	75	23;88

Sessenta e cinco vírgula dois por cento (N=58), tinham recebido alta hospitalar para o domicílio, 30,3% (N=27) tinham sido transferidos para outros hospitais e 4,5% (N=4) para outros destinos.

5.5. Caracterização de alguns aspectos da qualidade de vida

Para a caracterização do estado físico, autonomia, relações sociais e ambiente foram analisadas: a presença de dor, fadiga, actividade sexual, actividade profissional, redes de apoio social e familiar, a capacidade de realizarem caminhadas, exercício físico, subir escadas, actividades de vida diária, o cumprimento da dieta prescrita e a vigilância da tensão arterial, frequência cardíaca e glicémia.

5.5.1. Dor

A maioria dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca referia ter dor no 1º mês após a intervenção (57,2%, N=1035). Passados 6 meses sobre a cirurgia, a percentagem diminuiu para 35,7% (N=545) sendo que, ao final de 1 ano, apenas 29,4% (N=349) ainda apresentava dor. Houve maior percentagem de mulheres com dor do que homens ao longo do tempo (Quadro 26).

Quadro 26: Distribuição dos indivíduos que apresentavam dor de acordo com o sexo ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas - N e relativas - %)

Indivíduos com dor	1 Mês		6 Meses		1 Ano	
	N	%	N	%	N	%
Homens	600	53,0	270	28,4	203	28,0
Mulheres	435	64,2	275	47,6	146	31,7
Total	1035	57,2	545	35,7	349	29,4

A dor mais frequentemente referida aos 6 meses foi a osteomuscular, seguida da dor incisional e por último da dor pré-cordial. Ao final de 1 ano manteve-se o mesmo padrão. Embora a dor pré-cordial tivesse aumentado relativamente à avaliação dos 6 meses, os restantes tipos de dor diminuíram (Quadro 27).

Quadro 27: Distribuição do tipo de dor segundo o sexo ao longo das avaliações: 6 meses, 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)

Tipos de dor	Sexo	6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%
Osteomuscular	Homens	165	61,1	118	58,1
	Mulheres	166	61,0	88	61,1
	Total	331	61,1	206	59,4
Incisional	Homens	94	34,8	69	34,0
	Mulheres	95	34,9	45	31,3
	Total	189	34,9	114	32,9
Pré-cordial	Homens	10	3,7	14	6,9
	Mulheres	7	2,6	10	6,9
	Total	17	3,1	24	6,9

Cinquenta e três vírgula seis por cento (N=555) dos indivíduos que apresentavam dor no 1º mês após a cirurgia recorriam a analgésicos para alívio da mesma. Aos 6 meses a percentagem de indivíduos a recorrerem a analgesia era de 36,9% (N=194) e ao final de um ano de 24,6% (N=43).

Os indivíduos que apresentavam dor ao final do 1º mês tinham em média, 63,4 (dp=13,2) anos, aos 6 meses 64,3 (dp=12,7) anos e ao final de 1 ano 64,3 (dp=12,9) anos (Quadro 28).

Quadro 28: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) de acordo com o sexo para os indivíduos com dor: 1 mês, 6 meses e 1 ano após a cirurgia cardíaca

Tempo após a cirurgia												
Sexo	1 Mês				6 Meses				1 Ano			
	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
H	62,4 (12,0)	63	58	18;90	62,3 (11,6)	63	71	20;90	64,1 (11,7)	65	71	21;87
M	64,7 (14,7)	68	68	18;87	66,3 (13,3)	69	68	20;87	64,5 (14,5)	69	70	24;84
T	63,4 (13,2)	66	68	18;90	64,3 (12,7)	67	74	20;90	64,3 (12,9)	68	68	21;87

5.5.2. Fadiga

Um mês após a intervenção cirúrgica, 56,3% (N=989) dos indivíduos referiram que era raro apresentarem fadiga, aos 6 meses 54,5% (N=795) e ao 1 ano 50,8% (N=572). As mulheres apresentaram o sintoma fadiga mais frequentemente do que os homens em todos os momentos de avaliação. Ao final de 1 ano aumentou a percentagem de indivíduos com fadiga frequente em relação ao 6º mês (Quadro 29).

Quadro 29: Distribuição dos indivíduos com fadiga ao longo das avaliações e em relação ao sexo: 1 mês, 6 meses, 1 ano (frequências absolutas - N e relativas - %)

Indivíduos com fadiga		1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
Ausente	Homens	398	36,1	381	42,1	319	45,4
	Mulheres	133	20,3	134	24,2	98	23,2
	Total	531	30,2	515	35,3	417	37,0
Frequente	Homens	101	9,2	56	6,2	59	8,4
	Mulheres	136	20,8	93	16,8	78	18,4
	Total	237	13,5	149	10,2	137	12,2
Raro	Homens	603	54,7	468	51,7	325	46,2
	Mulheres	386	58,9	327	51,7	247	58,4
	Total	989	56,3	795	54,5	572	58,4

Em média, os indivíduos com fadiga frequente ao final do 1º mês tinham 69,6 anos (dp=10,8 anos), ao final do sexto mês tinham 67,4 anos (dp=11,7 anos) e após um ano de cirurgia tinham 69,0 anos (dp=10,7 anos). As mulheres com fadiga frequente apresentavam uma idade média superior à dos homens nos três momentos de avaliação (Quadro 30).

Quadro 30: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade de acordo com o sexo para os indivíduos com fadiga frequentemente: 1 mês, 6 meses e 1 ano após a cirurgia cardíaca

Tempo após a cirurgia												
	1 Mês				6 Meses				1 Ano			
Sexo	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
H	68,5 (11,7)	71	74	26;90	65,1 (11,1)	67	58	36;85	68,5 (9,6)	70	79	46;87
M	70,4 (10,1)	72	68	36;87	68,8 (11,8)	71	75	30;87	69,4 (11,5)	72	68	33;87
T	69,6 (10,8)	72	68	26;90	67,4 (11,7)	70	70	30;87	69,0 (10,7)	71	68	33;87

5.5.3. Actividade física

Ao final de 1 mês, 63,9% (N=1135) dos indivíduos realizavam caminhadas frequentemente, 28,3% (N=498) raramente e 7,8% (N=138) não realizavam caminhadas. Aos 6 meses pós-cirurgia, existiu um aumento na percentagem de indivíduos que realizavam caminhadas frequentemente e um decréscimo de indivíduos que raramente ou que não realizavam caminhadas. Os homens realizavam caminhadas mais frequentemente do que as mulheres ao final do 1º mês e no 6º mês pós-cirurgia (Quadro 31).

Quadro 31: Distribuição dos indivíduos de acordo com as suas capacidades de realizarem caminhadas ao longo das avaliações e segundo o sexo: 1 mês e 6 meses (frequências absolutas - N e relativas - %)

Realização de caminhadas		1 Mês		6 Meses	
		N	%	N	%
Ausente	Homens	59	5,4	27	3,0
	Mulheres	79	12,0	42	7,5
	Total	138	7,8	69	4,7
Frequente	Homens	817	74,1	744	81,7
	Mulheres	817	46,7	353	63,3
	Total	1135	63,9	1097	74,7
Raro	Homens	226	20,5	140	15,4
	Mulheres	272	41,3	163	29,2
	Total	498	28,3	303	20,6

Os indivíduos que raramente realizavam caminhadas ao final do 1º mês tinham em média 68,5 anos (dp=11,8 anos). A idade média era superior nas mulheres em relação aos homens (Quadro 32).

Quadro 32: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) de acordo com o sexo, para os indivíduos que raramente realizavam caminhadas ao final de 1 mês e 6 meses após a cirurgia cardíaca, e que ao final de 1 ano realizam caminhadas de aproximadamente cem metros

Tempo após a cirurgia												
	1 Mês				6 Meses				1 Ano			
Sexo	M (dp)	me	mo	Min;M ax	M (dp)	me	mo	Min;M ax	M (dp)	me	mo	Min;M ax
H	68,1 (10,5)	71	75	26;90	63,6 (11,9)	64	62	20;85	66,0 (11,5)	68	75	34;82
M	68,8 (12,7)	72	77	18;87	68,8 (13,9)	72	70	20;87	75,7 (6,8)	75	75	60;87
T	68,5 (11,8)	71	74	18;90	66,4 (13,2)	70	70	20;87	70,7 (10,7)	74	75	34;87

Ao final de 1 ano, 62,2% (N=697) realizavam caminhadas superiores a 1 Km, 23,2% (N=260) algumas centenas de metros e 5,0% (N=56) não realizavam caminhadas. A percentagem de homens capazes de caminhadas superiores a 1 Km era superior em relação às mulheres (Quadro 33).

Quadro 33: Capacidade dos indivíduos realizarem caminhadas ao final de 1 ano de cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)

Realização de caminhadas		1 Ano	
		N	%
Ausente	Homens	22	3,2
	Mulheres	34	8,0
	Total	56	5,0
Mais de um Km	Homens	505	72,3
	Mulheres	192	45,4
	Total	697	62,2
Algumas centenas de metros	Homens	115	16,5
	Mulheres	145	34,3
	Total	260	23,2
Aproximadamente cem metros	Homens	56	8,0
	Mulheres	52	12,3
	Total	108	9,6

Cinquenta e três vírgula três por cento dos indivíduos (N=601) conseguiam desempenhar exercícios moderados como arrumar e limpar a casa e 27,5% (N=310) exercícios vigorosos como correr, levantar pesos e actividades desportivas, de um modo não limitado. Para 32,9% (N=370) dos indivíduos, a realização de actividades vigorosas era “muito limitada”. A maioria dos indivíduos considerou a sua

capacidade de realizar actividades moderadas como “não limitada” e nas actividades vigorosas “pouco limitada”. Oitenta por cento (N=911) dos indivíduos eram capazes de desempenhar actividades moderadas e vigorosas de um modo não limitado. Os homens apresentavam maior frequência de indivíduos que realizavam exercícios moderados e vigorosos de forma “não limitada” do que as mulheres. Ambos os sexos realizavam maioritariamente exercícios moderados de forma “não limitada” e os exercícios vigorosos de forma “muito limitada” para as mulheres e “pouco limitada” para os homens (Quadro 34).

Quadro 34: Capacidade dos indivíduos desempenharem exercícios físicos moderados e vigorosos, 1 ano após cirurgia cardíaca e de acordo com o sexo (frequências absolutas - N e relativas - %)

Exercício físico		Exercícios moderados		Exercícios vigorosos		Total	
		N	%	N	%	N	%
Muito limitado	Homens	87	12,4	178	25,4	554	49,2
	Mulheres	97	22,8	192	45,3		
	Total	184	16,3	370	32,9		
Pouco limitado	Homens	184	26,0	290	41,3	789	70,0
	Mulheres	160	37,6	156	36,8		
	Total	343	30,4	446	39,6		
Não limitado	Homens	433	61,6	234	33,3	911	80,0
	Mulheres	168	39,5	76	17,9		
	Total	601	53,3	310	27,5		

5.5.4. Subir escadas

Após 1 mês de cirurgia cardíaca, 51,6% (N=909) dos indivíduos eram capazes de subir mais do que um lanço de escadas, 32,0% (N=565) um lanço de escadas e 16,4% (N=289) negava subir escadas. Estes valores atingiram as frequências mais altas aos 6 meses, sendo 64,6% (N=948) capaz de subir mais do que um lanço de escadas e 26,2% (N=385) um lanço de escadas. A capacidade de subir mais do que um lanço de escadas aumentou para 73,4% (N=829) ao final de 1 ano. A percentagem de homens capazes de subirem “mais do que um lanço de escadas” era superior à das mulheres. A capacidade de subir “um lanço de escadas” nas mulheres decresceu ao longo das avaliações (Quadro 35).

Quadro 35: Capacidade dos indivíduos subirem escadas e de acordo com o sexo, ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas - N e relativas - %)

		1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
Ausente	Homens	143	13,0	71	7,8	33	4,7
	Mulheres	146	22,1	68	12,2	68	12,2
	Total	289	16,4	139	9,4	76	6,7

		1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
1 lanço de escada	Homens	312	28,3	209	22,9	108	15,3
	Mulheres	253	38,3	176	31,5	176	31,5
	Total	565	32,0	385	26,2	225	19,9
Mais do que um lanço de escada	Homens	648	58,7	634	69,4	563	80,0
	Mulheres	261	39,5	314	56,3	314	56,3
	Total	909	51,6	948	64,4	829	73,4

A idade média das mulheres capazes de subir apenas “um lanço de escadas” era superior em relação à idade média dos homens nos três momentos de avaliação (Quadro 36).

Quadro 36: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) de acordo com o sexo para os indivíduos capazes de subirem um lanço de escadas: 1 mês, 6 meses e 1 ano

Tempo após a cirurgia												
	1 Mês				6 Meses				1 Ano			
Sexo	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
H	65,9 (12,1)	68	71	20;90	65,6 (11,4)	68	71	20;90	67,4 (11,0)	67	70	20;82
M	66,5 (13,2)	69	78	19;87	69,7 (11,1)	72	77	36;87	71,1 (11,1)	73	68	33;87
T	66,2 (12,6)	69	71	19;90	67,5 (11,4)	70	77	20;90	69,3 (11,2)	72	72	20;87

5.5.5. Actividades de vida diária

Ao final de 1 mês de cirurgia, 83,2% (N=1460) dos indivíduos eram independentes nas actividades de vida diária (AVD) e 16,8% (N=294) dependentes. Foi notório o crescimento do número de indivíduos independentes ao longo do tempo, sendo de 92,7% (N=1354) aos 6 meses (N=1057) e 93,6% (N=1057) ao final de 1 ano. Os homens apresentavam percentagens de independência nas AVD superiores às mulheres nos três momentos de avaliação (Quadro 37).

Quadro 37: Capacidade dos indivíduos realizarem as actividades de vida diária e de acordo com o sexo, ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)

		1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
Independente	Homens	954	86,9	853	93,9	670	95,0
	Mulheres	506	77,1	501	90,6	387	91,3
	Total	1460	83,2	1354	92,7	1057	93,6
Dependente	Homens	144	13,1	55	6,1	35	5,0
	Mulheres	150	22,9	52	9,4	37	8,7
	Total	294	16,8	107	7,3	72	6,4

Os indivíduos dependentes tinham no 1º mês após cirurgia uma idade média de 71,3 (dp=10,1) anos. A idade média subiu ao 6º mês para 72,4 (dp=9,3) anos. As mulheres dependentes apresentavam uma idade média superior aos homens (Quadro 38).

Quadro 38: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) de acordo com o sexo para os indivíduos dependentes nas AVD: 1 mês, 6 meses e 1 ano

Tempo após a cirurgia												
Sexo	1 Mês				6 Meses				1 Ano			
	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
H	70,4 (10,0)	72	75	26;90	70,1 (10,9)	71	68	26;90	69,5 (9,5)	70	75	48;87
M	72,2 (10,3)	75	78	20;87	74,6 (6,6)	76	74	62;87	73,5 (12,1)	76	73	18;87
T	71,3 (10,1)	74	78	20;90	72,4 (9,3)	74	78	26;90	71,5 (11,0)	74	75	18;87

5.6.6. Actividade sexual

Cinquenta e um vírgula seis por cento (N=935) dos indivíduos apresentavam uma vida sexual activa pré-cirurgia (62,3%, N=706 homens; 33,8%, N= 229 mulheres). Dezoito vírgula três por cento (N=331), 43,7% (N=668) e 44,8% (N=531) dos indivíduos apresentavam uma vida sexual activa ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano respectivamente. O maior aumento percentual situou-se entre o 1º mês e o 6º mês pós-cirurgia. Contudo, a maioria dos indivíduos “não” apresentava actividade sexual após cirurgia. A percentagem de homens que mantinham uma actividade sexual era superior à das mulheres ao longo do tempo (Quadro 39).

Quadro 39: Actividade sexual dos indivíduos de acordo com o sexo ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)

Actividade sexual	1 Mês		6 Meses		1 Ano	
	N	%	N	%	N	%
Homens	267	23,6	505	53,1	404	54,7
Mulheres	64	9,4	163	28,2	127	28,4
Total	331	18,3	668	43,7	531	44,8

Trinta e quatro vírgula sete por cento (N=324) dos indivíduos que apresentavam actividade sexual pré-cirurgia, afirmaram terem retomado a sua actividade sexual ao final do primeiro mês, 72,4% (N=571) mantinham a actividade sexual ao final de 6 meses e 71,0% (N=435) ao final de 1 ano.

Quarenta e oito vírgula quatro por cento (N=876) dos indivíduos que não apresentavam actividade sexual pré-cirurgia, 0,8% (N=7), 13,0% (N=94), 16,3% (N=90) afirmou apresentar vida sexual activa ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano, respectivamente.

Os indivíduos com actividade sexual ao final de 1 mês tinham em média 58,9 anos (dp=13,0), aos 6 meses 55,9 anos (dp=12,2) e ao final de 1 ano 58,2 anos (dp=12,5). Os homens tinham uma idade média superior à das mulheres (Quadro 40).

Quadro 40: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) de acordo com o sexo para os indivíduos com actividade sexual: 1 mês, 6 meses e 1 ano

Tempo após a cirurgia												
Sexo	1 Mês				6 Meses				1 Ano			
	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
H	60,6 (11,4)	62	61	20;83	57,1 (11,2)	58	57	20;83	59,8 (11,1)	61	60	20;81
M	53,8 (15,9)	56	68	18;80	51,2 (14,6)	52	34	19;78	53,0 (14,9)	56	59	22;79
T	58,9 (13,0)	61	60	18;83	55,9 (12,2)	57	48	19;83	58,2 (12,5)	60	60	20;81

5.6.7. Hábitos tabágicos

Quinze vírgula cinco por cento (N=262) dos indivíduos, referiram apresentar hábitos tabágicos pré-cirúrgicos. Sessenta e cinco vírgula seis por cento (N=172) dos fumadores eram do sexo masculino e 34,4% (N=90) do sexo feminino. Um vírgula seis por cento (N=4) afirmou manter os hábitos de tabagismo ao final do 1º mês, 1,7% (N=4) ao final de 6 meses e 3,0% (N=6) ao final de 1 ano.

Um vírgula oito por cento (N=32), 3,3% (N=51) e 4,6% (N=55) dos indivíduos eram fumadores ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano de cirurgia, respectivamente.

Apesar de ter ocorrido um aumento do consumo do tabaco ao longo do tempo, a maioria dos indivíduos não apresentavam hábitos tabágicos.

Os homens apresentaram maior percentagem de fumadores ao longo do tempo (Quadro 41).

Quadro 41: Hábitos tabágicos dos indivíduos de acordo com o sexo ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)

Prevalência de hábitos tabágicos	1 Mês		6 Meses		1 Ano	
	N	%	N	%	N	%
Homens	24	2,1	41	4,3	44	6,0
Mulheres	8	1,2	20	1,7	11	2,5
Total	32	1,8	51	3,3	55	4,6

5.6.7. Dieta

No que respeita ao cumprimento de uma dieta equilibrada 86,3% (N=1562) afirmou cumprir a dieta prescrita ao final de 1 mês de cirurgia, 80,4% (N=1229) afirmou cumprir a dieta ao final de 6 meses de cirurgia e 77,1% (N=914) ao final de 1 ano. Registou-se um decréscimo do cumprimento da dieta ao longo do tempo, embora a maioria dos indivíduos cumprisse a dieta prescrita. Os homens eram mais cumpridores da dieta do que as mulheres no primeiro mês após a cirurgia, sendo que ao sexto mês pós-cirurgia, as mulheres eram quem mais cumpriam a dieta (Quadro 42).

Quadro 42: Cumprimento da dieta prescrita de acordo com o sexo ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)

Cumprimento da dieta prescrita	1 Mês		6 Meses		1 Ano	
	N	%	N	%	N	%
Homens	993	87,7	756	79,6	573	77,6
Mulheres	569	83,9	473	81,8	341	76,3
Total	1562	86,3	1229	80,4	914	77,1

5.5.8. Situação profissional

Ao final de 6 meses de cirurgia, cerca de metade dos indivíduos que tinham actividade profissional antes da cirurgia (50,8%, N=267) já tinha retomado a sua actividade profissional e ao final de 1 ano 51,6% (N=215) mantinha a actividade.

Dezassete vírgula oito por cento dos indivíduos (N=272) eram profissionalmente activos ao final de 6 meses e 21,1% (N=250) ao final de 1 ano. Os indivíduos retomaram a actividade profissional no espaço de 6 meses (Quadro 43).

Quadro 43: Situação profissional dos indivíduos segundo o sexo, ao longo do tempo: pré-cirurgia, 6 meses e 1 ano após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)

Situação profissional dos indivíduos	Pré-cirurgia		6 Meses		1 Ano	
	N	%	N	%	N	%
Homens	394	41,5	214	22,5	186	25,2
Mulheres	132	22,8	58	10,0	64	14,3
Total	526	34,4	272	17,8	250	21,1

Os indivíduos com actividade profissional pré-cirurgia tinham em média 54,5 (dp=12,3) anos. As mulheres activas tinham em média 49,3 (dp=14,0) anos e os homens 56,2 (dp=11,1) anos (Quadro 44).

Quadro 44: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) e por sexo para os indivíduos com actividade profissional: pré-cirurgia, 6 meses e 1 ano

Tempo após a cirurgia												
	Pré-cirurgia				6 Meses				1 Ano			
Sexo	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
H	56,2 (11,1)	58	58	21;81	55,4 (12,0)	57	61	21;81	54,6 (11,7)	55	58	21;81
M	49,3 (14,0)	52	56	18;81	45,3 (13,8)	46	37	18;80	46,8 (15,2)	46	37	22;78
T	54,5 (12,3)	56	58	18;81	53,3 (13,0)	54	61	18;81	52,6	53	58	21;81

5.5.9. Redes de apoio familiar e social

Oitenta e oito vírgula três por cento (N=1542) dos indivíduos vivia acompanhado ao final de 1 mês de cirurgia. De entre os restantes indivíduos que viviam sozinhos, 71,2% (N=146) afirmava receber apoio familiar e 19,0 % (N=39) apoio social.

A percentagem de indivíduos que viviam acompanhados decresceu para 86,1% (N=1254) ao final de 6 meses. De entre os indivíduos que viviam sozinhos, 63,4% (N=128) recebia apoio familiar e 16,3% (N=33) apoio social. Existia maior percentagem de homens a viverem acompanhados do que mulheres ao longo do tempo (Quadro 45).

Quadro 45: Agregado familiar dos indivíduos segundo o sexo, ao final de 1 mês e 6 meses após cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N e relativas - %)

Agregado familiar		1 Mês		6 Meses	
		N	%	N	%
Sozinho	Homens	92	8,4	83	9,1
	Mulheres	114	17,3	119	21,7
	Total	205	11,7	202	13,9
Acompanhado	Homens	1001	91,6	825	90,9
	Mulheres	541	82,7	429	78,3
	Total	1542	88,3	1254	86,1

Os indivíduos que viviam sozinhos ao final do 1º mês tinham em média 68,3 (dp=12,7) anos, sendo ligeiramente superior a idade média ao final do 6º mês [68,8 (dp=11,7) anos]. As mulheres tinham uma idade média superior à dos homens nos dois momentos de avaliação (Quadro 46).

Quadro 46: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos) e por sexo para os indivíduos segundo o agregado familiar: 1 mês e 6 meses

Tempo após a cirurgia									
		1 Mês				6 Meses			
Agregado familiar	Sexo	M (dp)	me	mo	Min;Max	M (dp)	me	mo	Min;Max
Sozinho	H	65,4 (12,6)	69	77	31;83	64,5 (12,6)	69	60	30;85
	M	70,6 (12,3)	74	74	22;87	71,8 (10,0)	74	78	22;87
	T	68,3 (12,7)	72	74	22;87	68,8 (11,7)	72	74	22;87
Acompanhado	H	63,5 (12,1)	65	71	18;90	63,5 (11,8)	65	71	20;90
	M	63,4 (15,6)	68	68	18;87	63,6 (15,5)	68	68	18;87
	T	63,4 (13,5)	66	68	18;90	63,5 (13,1)	66	68	18;90

5.5.10. Auto-vigilância da saúde

Na medição da tensão arterial houve um decréscimo da frequência da vigilância ao longo do tempo. Os homens apresentaram uma vigilância da tensão arterial superior às mulheres (Quadro 47).

Quadro 47: Medição da tensão arterial pelos indivíduos e de acordo com o sexo, ao longo das avaliações: 1 mês, 6 meses, 1 ano (frequências absolutas - N e relativas - %)

Medição da tensão arterial		1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
Ausente	Homens	56	8,5	42	4,6	29	4,1
	Mulheres	56	8,5	41	7,4	25	5,9
	Total	112	6,4	83	5,7	54	4,8
Frequente	Homens	852	77,2	525	57,8	328	46,8
	Mulheres	458	69,5	292	52,4	187	44,0
	Total	1310	74,3	817	55,8	515	45,7
Raro	Homens	341	17,7	341	37,6	344	49,1
	Mulheres	145	22,0	224	40,2	213	50,1
	Total	340	19,3	565	38,6	557	49,5

O mesmo se verificou com a vigilância da frequência cardíaca, registando o valor mais alto ao final do 1º mês pós-cirurgia com 73,0% (N=1283). A maioria dos indivíduos referiram ser “frequente” vigiar a frequência cardíaca no 1º e 6º mês pós-cirurgia, e “raro” ao final de 1 ano.

Os homens apresentaram uma vigilância da frequência cardíaca superior às mulheres ao longo do tempo (Quadro 48).

Quadro 48: Vigilância da frequência cardíaca pelos indivíduos e de acordo com o sexo, ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano pós-cirurgia (frequências absolutas - N e relativas - %)

Vigilância da frequência cardíaca		1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
Ausente	Homens	71	6,5	50	5,5	31	4,4
	Mulheres	72	11,0	52	9,4	27	6,4
	Total	143	8,1	102	7,0	58	5,2
Frequente	Homens	838	76,2	521	57,7	326	46,6
	Mulheres	445	67,7	287	51,8	184	43,5
	Total	1283	73,0	808	55,5	510	45,4
Raro	Homens	191	17,4	332	36,8	343	49,0
	Mulheres	140	21,3	215	38,8	212	50,1
	Total	331	18,8	547	37,5	555	49,4

Vinte e cinco vírgula cinco por cento (N=110) dos indivíduos com diagnóstico de diabetes mellitus (27,8%, N=471), ao final de 1 mês de cirurgia vigiavam a glicémia frequentemente e 3,7% (N=16) raramente. Existia 70,8% (N=305) de indivíduos sem vigilância da glicémia. A frequência da vigilância aos 6 meses pós-cirurgia assumiu valores semelhantes (Quadro 49).

Quadro 49: Vigilância da glicemia pelos indivíduos com DM e de acordo com o sexo, ao final de 1 mês e 6 meses pós-cirurgia (frequências absolutas - N e relativas - %)

Vigilância da glicemia		1 Mês		6 Meses	
		N	%	N	%
Ausente	Homens	174	68,2	160	68,1
	Mulheres	131	74,4	127	75,1
	Total	305	70,8	287	71,0
Frequente	Homens	71	27,8	66	28,1
	Mulheres	39	22,2	35	20,7
	Total	110	25,5	101	25,0
Raro	Homens	10	3,9	9	3,8
	Mulheres	6	3,4	7	4,1
	Total	16	3,7	16	4,0

5.6. Caracterização da percepção do estado geral

Quando questionados sobre a percepção do seu estado de saúde geral 1 mês após a cirurgia, a maioria dos indivíduos referiu apresentar “algumas melhoras”. Ao final de 6 meses, a maioria referiu que o seu estado geral era “muito melhor” e ao final de 1 ano, mantinha-se “muito melhor” (Quadro 50).

Quadro 50: Distribuição dos indivíduos por percepção do estado geral: 1 mês, 6 meses e 1 ano após a cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N, relativas - % e acumuladas - % Acum)

Estado geral		1 Mês			6 Meses			1 Ano		
		N	%	% Acum	N	%	% Acum	N	%	% Acum
Muito pior		17	1,0	1,0	14	1,0	1,0	11	1,0	1,0
Ligeiramente pior		43	2,4	3,4	39	2,7	3,6	23	2,0	3,0
Igual		17	4,4	7,8	42	2,9	6,5	32	2,8	5,8
Algumas melhoras		924	52,4	60,2	636	43,2	49,7	443	39,2	45,0
Muito melhor		701	39,8	100,0	740	50,3	100,0	622	55,0	100,0
Total		1762	100,0		1471	100,0		1131	100,0	

Ao final do 1º mês, 50% dos homens tinham sentido “algumas melhoras” no seu estado geral, ao final de 6 meses, 50% afirmavam estarem “muito melhores”, o que se mantinham ao final de 1 ano.

Os homens ao final de 6 meses de cirurgia consideravam o seu estado geral como “muito melhor” enquanto as mulheres consideravam-no com “algumas melhoras” (Quadro 51).

Quadro 51: Medidas de tendência central para a percepção do estado geral de saúde dos indivíduos e de acordo com o sexo: 1 mês, 6 meses e 1 ano após a cirurgia cardíaca

	1 Mês		6 Meses		1 Ano	
Sexo	me	mo	me	mo	me	mo
Homens	4	4	5	5	5	5
Mulheres	4	4	4	4	5	5
Total	4	4	5	5	5	5

Os indivíduos com estados gerais negativos (“muito pior” e “ligeiramente pior”) tinham uma idade média mais elevada em relação aos indivíduos com outros estados de saúde (Quadro 52).

Quadro 52: Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade (em anos), por sexo e estado de percepção geral: 1 mês, 6 meses e 1 ano após a cirurgia cardíaca

	1 Mês					6 Meses				1 Ano			
Percepção do estado geral	S e x o	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
Muito pior	H	70,1 (11,0)	71	51	51; 87	66,9 (10,6)	68	46	46; 79	60,5 (9,0)	63	48	48; 71
	M	72,1 (8,9)	76	79	54; 79	75,0 (7,2)	74	69	69; 87	68,0 (8,7)	73	73	58; 73
	T	71,4 (9,8)	73	79	51; 87	69,8 (10,1)	72	74	46; 87	62,6 (9,2)	65	48	48; 73
Ligeiramente pior	H	69,7 (11,2)	71	76	39; 90	69,0 (10,3)	69	64	48; 88	62,1 (12,6)	63	63	24; 79
	M	71,4 (12,5)	74	80	26; 83	65,7 (14,2)	69	67	21; 81	64,4 (19,6)	75	33	33; 81
	T	70,5 (11,7)	73	76	26; 90	67,2 (12,6)	69	73	21; 88	62,8 (13,9)	63	63	24; 81
Igual	H	65,4 (14,0)	70	62	23; 87	62,0 (14,0)	68	70	20; 75	67,4 (9,6)	69	55	48; 81
	M	66,4 (14,2)	69	70	18; 87	66,9 (13,8)	68	64	33; 87	60,5 (18,1)	66	68	26; 83
	T	65,9 (14,0)	69	70	18; 87	64,4 (13,9)	68	70	20; 87	64,8 (13,6)	68	55	26; 83
Algumas melhoras	H	64,5 (11,2)	66	71	21; 86	63,2 (11,6)	64	71	25; 90	64,9 (11,2)	66	60	25; 88
	M	66,2 (14,3)	70	68	18; 87	66,9 (13,8)	70	74	18; 87	64,3 (15,7)	68	68	18; 87

	1 Mês					6 Meses				1 Ano			
Percepção do estado geral	S e x o	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max	M (dp)	me	mo	Min; Max
	T	65,2 (12,6)	68	71	18; 87	64,9 (12,7)	67	77	18; 90	64,6 (13,4)	68	68	18; 88
Muito melhor	H	62,2 (12,9)	64	69	18; 88	63,7 (11,9)	66	71	21; 87	63,2 (12,6)	65	68	20; 90
	M	60,7 (17,0)	65	68	20; 87	63,0 (16,1)	68	68	18; 87	65,7 (15,5)	71	74	18; 87
	T	61,7 (14,2)	64	68	18; 88	63,5 (13,3)	66	68	18; 87	64,1 (13,8)	67	68	18; 90

5.6.1. Influência do tipo de cirurgia cardíaca

Os indivíduos submetidos a *bypass* coronário consideraram, na maioria, o seu estado geral com “algumas melhoras” no primeiro mês pós-cirurgia e “muito melhor” no sexto mês e primeiro ano após cirurgia. Os indivíduos que realizaram cirurgias valvulares consideraram nas duas primeiras avaliações o seu estado de saúde com “algumas melhoras” e ao final de 1 ano como “muito melhor”.

Os indivíduos submetidos a cirurgia valvular cardíaca associada a outra cirurgia cardíaca, *bypass* coronário e outra cirurgia ou outras cirurgias cardíacas, ao final do primeiro mês consideraram que o seu estado de saúde apresentava-se “ligeiramente melhor”, e no sexto e décimo segundo mês “muito melhor”.

Ao final de 1 mês de cirurgia, os indivíduos com estados de saúde negativos (“muito pior” e “ligeiramente pior”) maioritariamente tinham sido submetidos a *bypass* coronário associado a cirurgia valvular cardíaca. Aos 6 meses, os indivíduos submetidos a cirurgia de válvula cardíaca associada a outra cirurgia e *bypass* coronário associado a outra cirurgia apresentavam as percepções mais negativas. Ao final de 1 ano, foram os indivíduos submetidos a *bypass* coronário associado a válvula cardíaca que apresentaram as mais avaliações negativas (Quadro 53).

Quadro 53: Distribuição dos indivíduos em relação à percepção do seu estado geral de saúde e cirurgia cardíaca realizada ao longo do tempo: 1 mês, 6 meses e 1 ano de cirurgia cardíaca (frequências absolutas - N, relativas - % e acumuladas - % Acum)

Tipo de cirurgia	Tempo após cirurgia	Muito pior		Ligeiramente pior		Igual		Algumas melhoras		Muito melhor	
		N (%)	% Acum	N (%)	% Acum	N (%)	% Acum	N (%)	% Acum	N (%)	% Acum
<i>Bypass</i> coronário	1mês	3 (0,3)	0,3	19 (2,1)	2,5	28 (3,1)	5,6	464 (52,1)	57,7	377 (42,3)	100,0

Tipo de cirurgia	Tempo após cirurgia	Muito pior		Ligeiramente pior		Igual		Algumas melhoras		Muito melhor	
		N (%)	% Acum	N (%)	% Acum	N (%)	% Acum	N (%)	% Acum	N (%)	% Acum
	6 meses	7 (0,9)	0,9	18 (2,4)	3,3	20 (2,6)	6,0	313 (41,4)	47,4	397 (52,6)	100,0
	1 ano	6 (1,0)	1,0	16 (2,8)	3,8	14 (2,4)	6,3	224 (38,9)	45,1	316 (54,9)	100,0
Cirurgia valvular	1 mês	6 (1,3)	1,3	11 (2,3)	3,6	24 (5,1)	8,7	253 (53,9)	62,7	175 (37,3)	100,0
	6 meses	3 (0,8)	0,8	11 (2,9)	3,7	13 (3,4)	7,1	183 (48,2)	55,3	170 (44,7)	100,0
	1 ano	2 (0,7)	0,7	2 (0,7)	1,4	9 (3,2)	4,6	116 (40,7)	45,3	156 (54,7)	100,0
Bypass coronário+ válvula cardíaca	1 mês	6 (4,8)	4,8	3 (2,4)	7,3	8 (6,5)	13,7	63 (50,8)	64,5	44 (35,5)	100,0
	6 meses	2 (1,9)	1,9	2 (1,9)	3,7	2 (1,9)	49,5	47 (43,9)	50,5	54 (50,5)	100,0
	1 ano	1 (1,2)	1,2	5 (6,0)	7,1	0	-	31 (36,9)	44,0	47 (56,0)	100,0
Válvula cardíaca+ outros	1 mês	0	-	6 (5,9)	5,9	6 (5,9)	11,8	55 (53,9)	65,7	35 (34,3)	100,0
	6 meses	0	-	4 (4,7)	4,7	2 (2,4)	7,1	39 (45,9)	52,9	40 (47,1)	100,0
	1 ano	1 (1,5)	1,5	3 (4,5)	6,1	3 (4,5)	10,6	26 (39,4)	50,0	33 (50,0)	100,0
Bypass coronário+ outros	1 mês	0	-	6 (5,9)	5,9	6 (5,9)	11,8	55 (53,9)	65,7	35 (34,3)	100,0
	6 meses	0	-	4 (4,7)	4,7	2 (2,4)	7,1	39 (45,9)	52,9	40 (47,1)	100,0
	1 ano	1 (1,5)	1,5	3 (4,5)	6,1	3 (4,5)	10,6	26 (39,4)	50,0	33 (50,0)	100,0
Outros	1 mês	2 (1,3)	1,3	3 (1,9)	3,2	11 (7,1)	10,3	74 (47,4)	57,7	66 (42,3)	100,0
	6 meses	1 (0,8)	0,8	4 (3,1)	3,9	5 (3,9)	7,9	46 (36,2)	44,1	71 (55,9)	100,0
	1 ano	1 (0,9)	0,9	2 (1,9)	2,8	1 (0,9)	3,8	42 (39,6)	43,4	60 (56,6)	100,0

Os indivíduos que consideraram aos 6 meses o seu estado geral “muito pior” e “ligeiramente pior” (3,6%, N=53), tinham maioritariamente considerado na primeira avaliação o seu estado de saúde com “algumas melhoras” (Quadro 54).

Quadro 54: Distribuição dos indivíduos com estado geral negativo aos 6 meses, em relação à avaliação do estado geral ao final de 1 mês (frequências absolutas - N, relativas - % e acumuladas - % Acum)

Estado geral	N	%	% Acum
Muito pior	1	2,1	2,1
Igual	5	10,4	12,5
Algumas melhoras	31	64,6	77,1
Muito melhor	11	22,9	100,0
Total	48	100,0	

Os indivíduos com estado geral negativo ao final de 1 ano (“muito pior” e “ligeiramente pior”) nas avaliações anteriores, 58,1% (N=18) ao final de 1 mês consideravam o seu estado geral com “algumas melhoras” e nenhum o considerava “muito pior” nem “ligeiramente pior”. Ao final de 6 meses de cirurgia 43,8% (N=14) consideravam “muito melhor” e 40,6% (N=13) com “algumas melhoras”.

5.6.2. Influência das complicações no pós-operatório

A maioria dos indivíduos que apresentaram complicações no pós-operatório e re-internamentos, consideravam o seu estado geral ao final de 1 mês com “algumas melhoras” (Quadro 55).

Quadro 55: Distribuição dos indivíduos que apresentaram complicações no pós-operatório e re-internamentos em relação ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas - N, relativas - % e acumuladas - % Acum)

Estado geral	1 Mês			6 Meses			1 Ano		
	N	%	% Acum	N	%	% Acum	N	%	% Acum
Muito pior	10	1,6	1,6	7	1,3	1,3	2	0,5	0,5
Ligeiramente pior	21	3,4	5,0	11	2,0	3,3	9	2,1	2,5
Igual	31	5,0	10,0	17	3,2	6,5	11	2,5	5,0
Algumas melhoras	324	52,4	62,5	251	46,7	53,2	167	38,2	43,2
Muito melhor	232	37,5	100,0	252	46,8	100,0	248	56,8	100,0
Total	618	100,0		538	100,0		437	100,0	

5.6.3. Influência de alguns aspectos da qualidade de vida

Os indivíduos com dor consideravam na maioria o seu estado geral com “algumas melhoras” nos três momentos de avaliação. Os indivíduos sem dor consideravam o seu estado geral como “muito melhor” nos três momentos de avaliação (Quadro 56).

Quadro 56: Distribuição dos indivíduos em relação à dor e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)

Dor	Estado geral	1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
Sim	Muito pior	9	0,9	11	2,0	6	1,7
	Ligeiramente pior	29	2,8	20	3,7	14	4,0
	Igual	51	4,9	16	2,9	15	4,3
	Algumas melhoras	592	57,3	295	54,3	194	55,6
	Muito melhor	352	34,2	201	37,0	120	34,4
	Total		100,0		100,0		100,0
Não	Muito pior	8	1,1	3	0,3	5	0,6
	Ligeiramente pior	14	1,9	19	2,0	9	1,2
	Igual	26	3,6	26	2,8	17	2,2
	Algumas melhoras	332	45,5	341	36,7	249	31,8
	Muito melhor	349	47,9	539	58,1	502	64,2
	Total	729	100,0	928	100,0	782	100,0

Os indivíduos com fadiga frequente ao final do 1º e 6º mês consideravam majoritariamente o seu estado geral com “algumas melhoras” e ao final do 1º ano como “muito melhor”. Quarenta e seis vírgula nove por cento (N=60) dos indivíduos ao final de 1 ano consideravam o seu estado geral entre o “muito pior” e “algumas melhoras”. Os indivíduos sem o sintoma fadiga consideravam o seu estado geral como “muito melhor” nos três momentos de avaliação, embora houvesse um decréscimo dos indivíduos com estado geral “muito melhor” entre os 6 meses e 1 ano pós-cirurgia (Quadro 57).

Quadro 57: Distribuição dos indivíduos em relação à fadiga e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)

Fadiga	Estado geral	1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
Ausente	Muito pior	1	0,2	3	0,6	2	0,6
	Ligeiramente pior	9	1,7	3	0,6	12	3,3
	Igual	8	1,5	10	1,9	7	1,9
	Algumas melhoras	201	37,9	137	26,6	134	36,9
	Muito melhor	311	58,7	362	70,3	208	57,3
	Total	530	100,0	515	100,0	363	100,0
Frequente	Muito pior	14	5,9	7	4,7	2	1,6
	Ligeiramente pior	23	9,7	20	13,4	2	1,6
	Igual	46	19,4	17	11,4	5	3,9
	Algumas melhoras	127	53,6	82	55,0	51	39,8
	Muito melhor	27	11,4	23	15,4	68	53,1
	Total	237	100,0	149	100,0	128	100,0

Os indivíduos que apresentavam uma actividade física realizando caminhadas frequentemente, consideravam maioritariamente o seu estado geral como “muito melhor” nos três momentos de avaliação. Os indivíduos que raramente realizavam caminhadas ou que não realizavam caminhadas consideravam maioritariamente o seu estado geral ao final de 1 mês com “algumas melhoras”, ao 6º mês mantinha-se com “algumas melhoras” e ao final de 1 ano encontrava-se “muito melhor” (Quadro 58).

Quadro 58: Distribuição dos indivíduos em relação à realização de caminhadas e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)

Caminhadas	Estado geral	1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
Ausente	Muito pior	12	8,7	8	11,6	2	3,8
	Ligeiramente pior	12	8,7	9	13,0	2	3,8
	Igual	15	10,9	7	10,1	1	1,9
	Algumas melhoras	80	58,0	31	44,9	17	32,1
	Muito melhor	19	13,8	14	20,3	31	58,5
	Total	138	100,0	69	100,0	53	100,0
Raramente	Muito pior	4	0,8	1	0,3	1	0,4
	Ligeiramente pior	15	3,0	10	3,3	4	1,7
	Igual	33	6,6	16	5,3	3	1,3
	Algumas melhoras	318	63,9	170	56,1	94	40,2
	Muito melhor	128	25,7	106	35,0	132	56,4
	Total	498	100,0	303	100,0	294	100,0
Frequente	Muito pior	1	0,1	5	0,5	6	1,0
	Ligeiramente pior	16	1,4	20	1,8	15	2,5
	Igual	29	2,6	19	1,7	22	3,6
	Algumas melhoras	523	46,6	434	39,6	235	38,7
	Muito melhor	553	49,3	617	56,3	330	54,3
	Total	1122	100,0	1095	100,0	608	100,0

Os indivíduos capazes de subir um lanço de escadas ou que não subiam lanços de escadas ao final do 1º e 6º mês consideravam maioritariamente o seu estado geral com “algumas melhoras”. Ao final de 1 ano a maioria considerava-o como “muito melhor”.

Os indivíduos capazes de subirem mais do que um lanço de escadas ao final de 1 mês maioritariamente avaliavam o seu estado geral entre “algumas melhoras” e “muito melhor”, sendo que nas restantes avaliações consideram-no como “muito melhor” (Quadro 59).

Quadro 59: Distribuição dos indivíduos em relação à capacidade de subirem escadas e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)

Subir escadas	Estado geral	1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
Ausente	Muito pior	15	5,2	10	7,2	1	1,4
	Ligeiramente pior	12	4,2	14	10,1	3	4,2
	Igual	27	9,3	11	7,9	2	2,8
	Algumas melhoras	168	58,1	63	45,3	25	34,7
	Muito melhor	67	23,2	41	29,5	41	56,9
	Total	289	100,0	139	100,0	72	100,0
1 lanço de escadas	Muito pior	1	0,2	2	0,5	-	-
	Ligeiramente pior	19	3,4	14	3,6	5	2,5
	Igual	31	5,5	17	4,4	7	3,5
	Algumas melhoras	318	56,3	204	53,0	84	41,6
	Muito melhor	196	34,7	148	38,4	106	52,5
	Total	565	100,0	385	100,0	202	100,0
Mais do que 1 lanço de escadas	Muito pior	1	0,1	2	0,2	9	1,2
	Ligeiramente pior	12	1,3	11	1,2	15	2,1
	Igual	19	2,1	14	1,5	20	2,8
	Algumas melhoras	436	48,1	369	39,0	282	38,8
	Muito melhor	438	48,3	550	58,1	401	55,2
	Total	906	100,0	946	100,0	727	100,0

Os indivíduos capazes de realizarem exercícios vigorosos e moderados ao final de 1 ano, de forma pouco limitada e não limitada, consideravam o seu estado geral como “muito melhor” (Quadro 60).

Quadro 60: Distribuição dos indivíduos em relação ao desempenho de exercícios vigorosos e moderados e ao estado geral ao final de 1 ano de cirurgia (frequências absolutas – N e relativas - %)

Desempenho	Estado geral	Exercícios vigorosos		Exercícios moderados	
		N	%	N	%
Limitado	Muito pior	4	1,2	3	1,8
	Ligeiramente pior	3	0,9	4	2,4
	Igual	8	2,4	6	3,6
	Algumas melhoras	141	41,8	70	41,4
	Muito melhor	181	53,7	86	50,9
	Total	337	100,0	169	100,0
Pouco limitado	Muito pior	3	0,8	3	1,0
	Ligeiramente pior	12	3,1	1	0,3
	Igual	14	3,6	7	2,3
	Algumas melhoras	157	40,2	120	39,0
	Muito melhor	205	52,4	177	57,5

Desempenho	Estado geral	Exercícios vigorosos		Exercícios moderados	
		N	%	N	%
	Total	391	100,0	308	100,0
Não limitado	Muito pior	3	1,1	4	0,8
	Ligeiramente pior	8	3,0	17	3,3
	Igual	6	2,2	16	3,1
	Algumas melhoras	92	34,2	201	38,5
	Muito melhor	160	59,5	284	54,4
	Total	269	100,0	522	100,0

Os indivíduos dependentes nas AVD, no 1º e 6º mês consideravam o seu estado geral com “algumas melhoras” e ao final do 1º ano como “muito melhor”. Os indivíduos independentes nas AVD consideravam a partir do sexto mês, o seu estado geral como “muito melhor”. Ao final de 1 ano, 45,2% dos indivíduos avaliavam o seu estado geral entre o “muito pior e “algumas melhoras” (Quadro 61).

Quadro 61: Distribuição dos indivíduos em relação às AVD e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)

AVD	Estado geral	1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
Dependente	Muito pior	15	5,1	9	8,4	1	1,5
	Ligeiramente pior	19	6,5	8	7,5	3	4,5
	Igual	25	8,5	9	8,4	3	4,5
	Algumas melhoras	175	59,5	47	43,9	24	35,8
	Muito melhor	60	20,4	34	31,8	36	53,7
	Total	294	100,0	107	100,0	67	100,0
Independente	Muito pior	2	0,1	5	0,4	9	1,0
	Ligeiramente pior	24	1,6	31	2,3	20	2,1
	Igual	51	3,5	33	2,4	26	2,8
	Algumas melhoras	742	50,9	582	43,0	367	39,3
	Muito melhor	638	43,8	701	51,8	511	54,8
	Total	1457	100,0	1352	100,0	933	100,0

Os indivíduos que viviam sozinhos consideravam o seu estado geral ao final de 1 mês com “algumas melhoras”. Ao final de 6 meses, a maioria dos indivíduos considerava o seu estado geral entre “algumas melhoras” e “muito melhor.

Os indivíduos que viviam acompanhados consideravam o seu estado geral como “muito melhor” a partir do 6º mês pós-cirurgia” (Quadro 62).

Quadro 62: Distribuição dos indivíduos em relação ao agregado familiar e ao estado geral ao final de 1 mês e 6 meses (frequências absolutas – N e relativas - %)

Agregado familiar	Estado geral	1 Mês		6 Meses	
		N	%	N	%
Sozinho	Muito pior	1	0,5	2	1,0
	Ligeiramente pior	10	4,9	4	2,0
	Igual	9	4,4	4	2,0
	Algumas melhoras	114	55,6	96	47,8
	Muito melhor	71	34,6	95	47,3
	Total	205	100,0	201	100,0
Acompanhado	Muito pior	15	1,0	11	0,9
	Ligeiramente pior	32	2,1	35	2,8
	Igual	65	4,2	37	3,0
	Algumas melhoras	801	52,0	532	42,5
	Muito melhor	627	40,7	638	50,9
	Total	1540	100,0	1253	100,0

Os indivíduos que mantinham uma actividade sexual consideraram o seu estado geral como “muito melhor” nos três momentos de avaliação. Os indivíduos sem actividade sexual consideravam, maioritariamente, nos dois primeiros momentos da avaliação o seu estado geral com “algumas melhoras” e ao final de 1 ano como “muito melhor” (Quadro 63).

Quadro 63: Distribuição dos indivíduos em relação à actividade sexual e ao estado geral ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)

Actividade sexual	Estado geral	1 Mês		6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%	N	%
Sim	Muito pior	-	-	2	0,3	4	0,9
	Ligeiramente pior	2	0,6	7	1,0	10	2,1
	Igual	10	3,0	15	2,2	11	2,4
	Algumas melhoras	145	43,9	246	36,9	182	39,1
	Muito melhor	173	52,4	397	59,5	259	55,6
	Total	330	100,0	667	100,0	466	100,0
Não	Muito pior	17	1,2	12	1,5	7	1,2
	Ligeiramente pior	41	2,9	32	4,0	13	2,2
	Igual	67	4,7	27	3,4	20	3,4
	Algumas melhoras	779	54,4	390	48,5	230	39,2
	Muito melhor	528	36,9	343	42,7	316	53,9
	Total	1432	100,0	804	100,0	586	100,0

Os indivíduos com actividade profissional consideravam na sua maioria o seu estado geral como “muito melhor”. O mesmo se verificou com os indivíduos sem actividade profissional. Contudo, a frequência de indivíduos com actividade profissional a considerarem o seu estado geral como “muito melhor” aos 6 meses foi maior (Quadro 64).

Quadro 64: Distribuição dos indivíduos em relação à actividade profissional e ao estado geral ao final de 6 meses e 1 ano (frequências absolutas – N e relativas - %)

Actividade profissional	Estado geral	6 Meses		1 Ano	
		N	%	N	%
Sim	Muito pior	1	0,4	2	0,9
	Ligeiramente pior	5	1,8	5	2,4
	Igual	2	0,7	3	1,4
	Algumas melhoras	80	29,4	82	38,9
	Muito melhor	184	67,6	119	56,4
	Total	272	100,0	211	100,0
Não	Muito pior	13	1,1	9	1,1
	Ligeiramente pior	34	2,8	18	2,1
	Igual	40	3,3	28	3,3
	Algumas melhoras	556	46,4	330	39,2
	Muito melhor	556	46,4	456	54,2
	Total	1199	100,0	841	100,0

6. DISCUSSÃO

As DCV são, actualmente, a principal causa de morte na Europa, tanto em homens como em mulheres, e uma das principais causas de hospitalização (Health Strategies in Europe, 2007).

Os estudos e investigações sobre a problemática de monitorização das DCV iniciaram-se há décadas (WHO, 2001). A vigilância epidemiológica das doenças através de bases de dados tem-se vindo a desenvolver de modo a tornar o planeamento, a implementação e avaliação de programas cada vez mais efectivos e eficientes. A WHO (2001) refere que um sistema de vigilância epidemiológica das DCV permite avaliar a eficácia, a eficiência e o custo-benefício dos programas e projectos face às metas e objectivos projectados pelo país. Permite ainda avaliar a morbilidade, os anos de vida perdidos, o impacto da doença e os tratamentos na qualidade de vida dos indivíduos, assim como se os serviços de saúde intervêm a nível da prevenção primária das DCV.

As consultas de enfermagem têm desenvolvido bases de dados de follow-up que permitem uma vigilância periódica do estado de saúde dos utentes. Com os dados provenientes do follow-up para além da definição, planeamento e avaliação de actividades e objectivos de saúde, é possível avaliar os resultados das intervenções e reconhecer riscos (TASKINEN, 2001).

6.1. Características sócio-demográficas

No HSM entre 14 de Setembro 2006 e 30 de Junho de 2009 foram submetidos a cirurgia cardíaca 1887 indivíduos, sendo a idade mais frequente os 71 anos. Como referido pela literatura, parece existir uma relação entre a idade e a doença cardíaca. Tal como se sucede em outros centros cirúrgicos (ANTUNES, 2008), a cirurgia cardíaca em septuagenários torna-se cada vez mais frequente. As mulheres submetidas a cirurgia cardíaca apresentavam uma idade média superior à dos homens, sugerindo que as mulheres são intervencionadas em idades mais avançadas do que os homens. Os mesmos resultados foram obtidos por CZAJKOWSKI et al (1997) e AMATO et al (2004), na qual as mulheres submetidas a cirurgia cardíaca apresentavam idade média mais elevada comparativamente aos homens. Segundo Framingham Heart Study (2006), a menopausa é associada a um aumento significativo da ocorrência de doenças cardíacas sendo portanto o desenvolvimento da doença cardíaca mais tardio na mulher. Face ao envelhecimento da população torna-se fundamental encontrar soluções que permitam aos indivíduos usufruir de medidas terapêuticas preventivas e de seguimento eficazes de modo a evitar a mortalidade, morbilidade e as consequências pessoais, familiares, económicas e sociais decorrentes da patologia (PNS 2004-2010). A população intervencionada era maioritariamente do sexo masculino. A literatura refere que os homens apresentam maior risco de DCV (WHO, 2004) e que a doença coronária (doença cardíaca mais frequente) ocorre duas vezes mais nos homens do que nas mulheres (Framingham Heart Study, 2006).

Apesar do HSM apresentar a sua área de influência na região de Lisboa, Sul, Ilhas e PALOP, verificou-se que a nível da cirurgia cardíaca prestava serviços a indivíduos provenientes de todos os distritos de Portugal, com excepção de Bragança e da Região Autónoma da Madeira.

Maioritariamente os indivíduos não apresentavam actividade profissional. Esta observação parece estar relacionada com a idade média dos indivíduos operados, uma vez que 50% dos indivíduos activos tinham até 56 anos. Tal facto sugere que a maioria dos indivíduos encontrava-se já reformada aquando a cirurgia, o que é corroborado pela idade média (64 anos).

6.2. Características clínicas

A doença cardíaca mais frequente foi a doença coronária, nomeadamente a doença coronária em estadio mais avançado. Os indivíduos com oclusões menos graves parecem recorrer, numa primeira fase, a outras opções terapêuticas menos invasivas. Segundo THELAN et al (1994), a revascularização coronária é efectivamente a opção terapêutica para o tratamento de oclusões graves, uma vez que em estadios menos graves podem ser tomadas outras opções terapêuticas. O *bypass* coronário foi, portanto, a cirurgia mais vulgarmente praticada, como ocorre actualmente em outros centros cirúrgicos (ANTUNES, 2008).

A estenose da válvula aórtica surgiu como o segundo diagnóstico mais frequente. Foi a doença valvular mais frequente, seguida da doença da válvula mitral como acontece noutros Serviços de Cirurgia Cardiorádica (ANTUNES, 2008).

PHIPPS et al, (1995), THELAN et al, (1994), WHO (2004), Framingham Heart Study (2006) referiram que os homens apresentavam maior risco de DCV, o que foi concordante com os resultados. O diagnóstico mais comum nos homens foi a doença coronária enquanto que nas mulheres foi a estenose aórtica.

Identificou-se na população estudada como factores de risco não modificáveis a idade e o sexo. A prolongada exposição a outros factores de risco para além dos anteriormente citados, nomeadamente estilos de vida parece propiciar o desenvolvimento das DCV [WHO (2004), THELAN et al (1994)]. Como factores de risco modificáveis, identificou-se maioritariamente, a hipertensão arterial, a dislipidémia e o excesso de peso. A prevalência da HTA e dislipidémia como os principais factores de risco nos doentes cardíacos é comum na literatura [ANTUNES et al (1995), NOGUEIRA et al (2008)]. O inquérito de 2005/2006 realizado pelo INE (2007) revelou que, a HTA foi a doença crónica que registou maior prevalência na população residente no Continente (20,0%, N=2 013 619). Nos diferentes tipos de doenças crónicas observadas, as prevalências foram sempre superiores para o grupo das mulheres quando comparado com o grupo dos homens (INE, 2007), o que não se verificou na população estudada. Relativamente à prevalência da dislipidémia em Portugal, em 2003, foi realizado um rastreio nacional intitulado “*Cholesterol, Cuidado com Ele*” a 5583 indivíduos portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos. Observou-se que, 54% dos indivíduos apresentavam níveis de colesterol acima dos valores recomendados, 49% apresentavam HTA e 59% excessivo de

peso. Cerca de 75% dos indivíduos que participaram no rastreio tinham até 64 anos (Médicos de Portugal, 2007). Segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2009), aproximadamente 63% da população portuguesa apresenta o colesterol acima dos valores recomendados pela Sociedade Portuguesa de Aterosclerose.

A obesidade apresentou o valor mais baixo dos factores de risco, apesar da população apresentar em média excesso de peso. Apenas 25% dos indivíduos tinham um IMC igual ou inferior ao correspondente a um peso normal. Segundo o INE (2007), em 2005/2006, comparativamente com os resultados obtidos em 1998/1999, o excesso de peso e a obesidade aumentaram na população portuguesa. As proporções eram mais evidente nos homens do que nas mulheres (INE, 2007), como se verificou na população estudada, e evidenciavam-se a partir dos 45 anos de idade. De acordo com GUTIÉRREZ et al (1998), ocorre uma deterioração da qualidade de vida nos obesos, relacionada com alterações da capacidade física, bem-estar psicológico e funcionamento social.

Os indivíduos com doença coronária apresentavam maior frequência de factores de risco e uma idade média superior à dos indivíduos submetidos a cirurgia valvular. Isto sugere que a doença coronária manifesta-se em idades mais avançadas, e que no desenvolvimento da doença coronária os factores de risco têm mais peso do que na doença valvular (WHO, 2004). A intervenção a nível dos factores de risco poderia evitar o desenvolvimento da doença (WHO, 2004).

O internamento após cirurgia cardíaca contempla 48h de monitorização cardíaca numa unidade (de cuidados intensivos/intermédios) e posteriormente internamento numa enfermaria até à alta hospitalar. A maioria dos indivíduos teve um internamento de 7 dias, sendo posteriormente maioritariamente dada alta hospitalar para o domicílio. Foram registados internamentos de 3 dias que poderão ser viéses de medição, uma vez que a moda é de 7 dias. Segundo ELDAR (2002), os internamentos prolongados após cirurgia de revascularização coronária estão associados a co-morbilidades, idade avançada, sexo feminino, desnutrição e incidentes no pós-operatório. O mesmo autor refere que a cirurgia valvular exige maior tempo de internamento comparado com a cirurgia de *bypass* coronário, provavelmente devido à necessidade de anti-coagulação e por ocorrerem maior número de incidentes no pós-operatório.

As mulheres apresentaram uma média de internamento superior à dos homens. NOGUEIRA et al (2008) verificaram também que as mulheres necessitavam de maior tempo de internamento, embora não significasse maior número de incidentes no pós-operatório. Uma vez que a idade média das mulheres submetidas a cirurgia cardíaca é superior à dos homens, poderia ser um factor preponderante para os internamentos superiores. Contudo, os resultados da regressão linear não possibilitaram estabelecer uma relação entre o tempo de internamento e a idade, uma vez que a variabilidade foi baixa.

6.3. Complicações e incidentes

No pós-operatório, as complicações mais frequentes foram as cardíacas, seguidas das pulmonares. Os indivíduos com cirurgia valvular tenderam a apresentar maior número de complicações como referido por ELDAR (2002). Ao final de um ano a tendência manteve-se, sendo as complicações mais frequentes “outras complicações” seguidas das cardiovasculares e pulmonares. Segundo um estudo realizado por ANTUNES et al (1995), as complicações mais frequentes nos doentes coronários foram as complicações cardiovasculares, seguidas das renais.

As mulheres apresentaram maior número de complicações no pós-operatório, enquanto que os homens apresentaram maior número de complicações um ano após cirurgia.

Os homens apresentavam maior percentagem de EAM prévios à cirurgia. Segundo o Framingham Heart Study (2006), os EAM nas mulheres são mais fatais do que nos homens.

Apesar da Fundação Portuguesa de Cardiologia (2008) revelar que as DCV matam em cada ano mais mulheres do que homens, na população submetida a cirurgia registou-se um maior número de óbitos entre os homens. Os indivíduos falecidos tinham, maioritariamente, sido submetidos a cirurgia valvular.

A alta para o domicílio pareceu surgir associada a melhor prognóstico uma vez que 34,8% dos indivíduos falecidos não tinham tido alta para o domicílio.

6.4. Influência da cirurgia em aspectos da qualidade de vida

Considerando que um dos principais objectivos da consulta de follow-up é produzir saúde e não apenas resultados, torna-se fundamental para além da vigilância do estado de saúde, conhecer alguns aspectos da qualidade de vida, satisfação do indivíduo e perspectivas futuras, após determinada intervenção clínica. Um sistema de monitorização permite a elaboração de relatórios e documentos que descrevem tendências e padrões das DCV, fornecendo dados para definir e adequar estratégias e metas de abordagem das DCV (TASKINEN, 2001).

A nível físico, verificou-se que, a presença de dor decrescia ao longo do tempo e que a fadiga era um sintoma raro. A dor mais frequentemente referida foi a osteomuscular, seguida da dor incisional e por último a dor pré-cordial. Houve maior percentagem de mulheres com dor do que homens ao longo do tempo e não existiam diferenças nos tipos de dor sentidos nos diferentes sexos. Não foi encontrada literatura sobre os diferentes tipos de dor sentidos pelos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca. A percentagem de indivíduos que recorriam a analgesia para alívio da dor diminuía ao longo do tempo sugerindo que a intensidade da dor diminuía igualmente ao longo dos meses. A dor é referida pela WHO (2004), como um problema de saúde facilmente subestimado nos cuidados de saúde, com consequências na qualidade de vida dos indivíduos. De acordo com a International Association for the Study of Pain (s/ data), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, com uma componente sensorial e emocional. Como tal, a dor surgiu relacionada com estados de saúde mais negativos, que conduzem a menor qualidade de vida. Para SANTOS e CASACA (2008), os indivíduos após cirurgia

cardíaca diminuem a sensação de dor melhorando o seu estado geral de saúde, como observado na população estudada. Os indivíduos com dor consideraram o seu estado geral com “algumas melhoras” nos três momentos de avaliação enquanto que os indivíduos sem dor consideraram o seu estado geral como “muito melhor” ao longo do tempo.

Apesar da frequência de indivíduos com fadiga “rara” ter aumentado entre o 6º e o 1º ano, a frequência de indivíduos com fadiga “ausente” aumentou igualmente neste mesmo período. A fadiga caracteriza-se por uma diminuição da capacidade ou eficiência em executar actividades com consequências físicas, psicológicas entre outras (SEELEY, STEPHENS, TATE, 2001). Consequentemente, os indivíduos sem fadiga apresentaram percepções de estado geral mais positivas no 1º e 6º mês pós-cirurgia do que os indivíduos com fadiga. As mulheres apresentaram o sintoma fadiga mais frequentemente do que os homens em todos os momentos de avaliação.

A maioria dos indivíduos realizava caminhadas frequentemente, alcançando distâncias superiores a 1 Km ao final de um ano. Eram ainda capazes de subir mais do que um lance de escadas ao final de um mês de cirurgia. O desempenho físico pareceu aumentar após cirurgia cardíaca permitindo à maioria dos indivíduos ao final de um ano desempenharem exercícios moderados de forma não limitada, e exercícios vigorosos de forma pouco limitada. SANTOS e CASACA (2008) concluíram igualmente que os indivíduos submetidos a cirurgia cardiotorácica apresentavam maior tolerância à actividade física após a intervenção. Os homens pareciam tolerar melhor o esforço físico do que as mulheres, mas apresentavam também uma idade média inferior. Segundo CZAJKOWSKI, et al (1997), as mulheres após cirurgia, comparativamente aos homens, apresentam maiores dificuldades na realização de actividades físicas, necessárias para a autonomia.

Os indivíduos capazes de realizarem actividades físicas como caminhadas e subir escadas frequentemente, apresentavam percepções do estado geral mais positivas logo ao final de um mês de cirurgia. A actividade física melhora as funções motoras, cognitivas e a saúde mental, conduzindo a uma melhoria da qualidade de vida a vários níveis (WHO - World Health Day, 2002).

No domínio da autonomia, a maioria dos indivíduos referiram que eram capazes de desempenhar as suas actividades de vida diária de forma independente, ao final de um mês de cirurgia. Os homens eram mais independentes do que as mulheres, o que se encontra concordante com os resultados de CZAJKOWSKI, et al (1997). Uma vez que as mulheres apresentam, em média, uma vida mais longa do que os homens, tendem a apresentarem valores de incapacidade superiores (BALTES e MAYER, 1999). Os indivíduos tendem, portanto, a melhorar o desempenho nas AVD após cirurgia (SANTOS e CASACA, 2008). Ao final de 1 mês a percepção do estado geral dos indivíduos independentes era superior à dos indivíduos dependentes, aproximando-se as frequências ao final de 1 ano. Esta tendência poderá relacionar-se com uma melhoria do estado geral ao final de um ano e/ou do ajustamento a incapacidades. Segundo a WHO (2003), a limitação da autonomia e dependência reduz a qualidade de vida, aumentando o risco de admissão dos indivíduos em instituições e morte prematura.

A nível das relações sociais, a maioria dos indivíduos viviam acompanhados após cirurgia, nomeadamente durante o primeiro mês pós-cirurgia, diminuindo a frequência de indivíduos que viviam acompanhados no sexto mês pós-cirurgia. Esta tendência sugere que a melhoria do estado geral dos indivíduos possibilitava que ao final do sexto mês vivessem sozinhos. Os indivíduos que viviam acompanhados tinham percepções de estados gerais mais positivos do que os indivíduos que viviam sozinhos. A solidão é considerada pela WHO (2003), um importante factor de risco para a dependência e para o declínio do estado funcional. Os indivíduos que viviam sozinhos, maioritariamente recebiam apoio familiar e/ou social. O apoio familiar foi a rede de suporte mais frequente. Segundo BALTES e MAYER (1999), com o envelhecimento, os indivíduos tendem a apresentar uma rede social de apoio menor, por vezes restrita à família. Deste modo, os serviços próximos da comunidade, como é o caso das farmácias, serviços de apoio domiciliário, comunitário, misericórdias, podem efectivamente constituir redes de apoio fundamentais para a adopção de medidas de promoção, prevenção e tratamento dos indivíduos que servem em paralelo com os profissionais de saúde (PNS 2004-2010).

Maioritariamente, os indivíduos não apresentavam actividade sexual após cirurgia cardíaca. Contudo, 10% dos indivíduos que negavam uma actividade sexual antes da cirurgia referiu apresentar uma vida sexual activa ao final de um ano de cirurgia. Esta observação pode ser uma consequência da melhoria do domínio físico, psicológico e das relações sociais verificada após cirurgia cardíaca. Os indivíduos que mantinham uma actividade sexual consideraram o seu estado geral como “muito melhor” ao longo do tempo, enquanto que os indivíduos sem actividade sexual consideravam apenas o seu estado geral como “muito melhor” ao final de 1 ano de cirurgia. Em 1975, a OMS promoveu a importância da sexualidade como uma componente vital da saúde. A função sexual é entendida como uma componente vital da sexualidade saudável com dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais (SORENSEN, LUCKMAN, 1998). Vários estudos indicam que os benefícios da actividade sexual melhoram a saúde física e psicológica promovendo a qualidade de vida (SMALL, 2008). Segundo SANTOS e CASACA (2008), os indivíduos submetidos a cirurgia cardiorácica que apresentavam actividade sexual pré-cirurgia, tendem a manter a actividade sexual após a cirurgia.

Relativamente a outros factores de risco como o rendimento familiar que pode restringir o acesso de bens e serviços, a maioria dos indivíduos não apresentava uma actividade profissional antes da cirurgia. A existência de uma actividade profissional não pareceu relacionar-se com uma melhor percepção do estado geral comparativamente a indivíduos sem actividade profissional. Segundo FERREIRA e SANTANA (2003), as classes com menor rendimento económico tendem a apresentar pontuações mais baixas em escalas de avaliação saúde. Ao final de 6 meses havia maior frequência de indivíduos com actividade profissional a considerarem o seu estado geral como “muito melhor”. O regresso à actividade profissional surge, portanto, relacionado com uma boa percepção do estado geral.

No que diz respeito ao domínio do ambiente, a maioria dos indivíduos encontrava-se no domicílio após alta hospitalar, vivendo acompanhados, como referido anteriormente.

Relativamente à auto-vigilância da saúde, na medição da tensão arterial e da frequência cardíaca verificou-se um decréscimo ao longo dos meses de follow-up. Os indivíduos apresentavam uma auto-vigilância da TA e FC mais frequente ao final do 1º mês de cirurgia. Esta tendência poderá relacionar-se com uma melhoria do estado geral que conduz a uma auto-vigilância da saúde menos frequente. SANTOS e CASACA (2008) verificaram que os indivíduos cumpriam a sua vigilância de saúde comparecendo nas consultas periódicas de follow-up, reconhecendo a sua importância. Contudo, não foi encontrada literatura relativamente à auto-vigilância da saúde ao longo do pós-operatório.

A maioria dos indivíduos referiu cumprir a dieta prescrita pelos profissionais de saúde, embora o cumprimento da dieta assumisse resultados paulatinamente mais baixos ao longo dos meses. Para SANTOS e CASACA (2008), os indivíduos após cirurgia tendem a cumprir os esquemas de dieta. Existia contudo cerca de 22% de indivíduos que ao final de um ano de cirurgia não cumpria a dieta. Estes resultados poderão ir de encontro com o alerta lançado pela Fundação Portuguesa de Cardiologia (2007) de quem em Portugal verificam-se hábitos alimentares desequilibrados, com elevadas quantidades de sal, gorduras, açúcares e baixos níveis de fibras e vegetais. Independentemente do estado geral, a intervenção nos factores de risco modificáveis é fundamental para a recuperação após cirurgia e para evitar complicações como futuros problemas cardíacos. Os resultados sobre a alimentação dos indivíduos despertam a atenção para uma maior necessidade de articulação/encaminhamento para dietistas/nutricionistas que orientem os hábitos alimentares dos indivíduos e respectivas famílias.

6.5. Percepção do estado geral

Após a cirurgia cardíaca e durante um ano de follow-up, os indivíduos apresentaram alterações positivas em todas as dimensões da qualidade de vida avaliadas. Para todas as variáveis da qualidade de vida, foram visíveis os efeitos positivos da cirurgia ao final de um mês de cirurgia. A melhoria da qualidade de vida é um importante resultado da cirurgia cardíaca, uma vez que os resultados são visíveis ao final de pouco tempo de cirurgia (ELDAR, 2002).

Ao final de um mês, a maioria dos indivíduos referiu apresentar “algumas melhoras” no seu estado geral, ao final de 6 meses consideravam-no “muito melhor” e ao final de 1 ano, mantinha-se “muito melhor”. Os resultados da população estudada foram de encontro ao que acontecia em Portugal em 2006. Segundo o INE (2007), a população portuguesa considerava o seu estado de saúde como “muito bom” ou “bom”. SUNDT et al (2000), verificaram igualmente que os indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca apresentavam uma percepção da qualidade de vida muito semelhante ao da população em geral.

Na avaliação da qualidade de vida, o sexo masculino tende a apresentar melhores resultados ao longo do tempo [(FAVARATO et al (2007), NOGUEIRA et al (2008)]. O mesmo se verificou na

população em estudo, apresentando os homens uma mediana de observações mais elevada ao final de seis meses de cirurgia, em relação às mulheres. Para FERREIRA e SANTANA (2003), a percepção geral da saúde nas mulheres tende a declinar ao longo da idade, apresentando igualmente maiores taxas de morbilidade. As mulheres, comparativamente ao homens, apresentaram internamentos mais prolongados, maior número de complicações e de re-internamentos. Segundo o INE (2007), em 2005-2006, a proporção de mulheres portuguesas a considerarem o seu estado de saúde “muito bom” ou “bom” era inferior em relação aos homens. Embora os internamentos prolongados, com maior número de complicações e incidentes possam influenciar a pior percepção do estado geral das mulheres, segundo o INE (2007), na população portuguesa, as mulheres apresentam igualmente uma pior percepção do estado de saúde, comparativamente ao homens.

Os indivíduos com estados de saúde mais negativos eram septuagenários e octogenários. Este grupo de utentes exigirá maior disponibilidade de recursos após cirurgia cardíaca, o que pressupõem, por um lado, uma maior vigilância no pós-operatório, por outro, o desenvolvimento de programas de prevenção secundária e terciária que evitem o re-internamento e o consumo excessivo dos serviços de saúde.

Os indivíduos submetidos a *bypass* coronário tinham maioritariamente melhor percepção do estado geral ao final de 6 meses quando comparados com os indivíduos submetidos a cirurgia valvular. Como referido por ELDAR (2002), os indivíduos submetidos a cirurgia valvular tendem a apresentar um internamento mais prolongado e com maior número de complicações.

A maioria dos indivíduos que apresentaram complicações no pós-operatório e re-internamentos, consideravam o seu estado geral ao final de 1 mês com “algumas melhoras”. Os indivíduos com este estado geral parecem ter maior probabilidade de virem a sofrer incidentes durante o follow-up.

Para além do género, a dor, a fadiga e a actividade física e sexual influenciavam a percepção do estado geral e consequentemente, a qualidade de vida dos indivíduos. A melhoria destes domínios após a cirurgia cardíaca era evidente. A ausência dos sintomas da doença cardíaca, como a fadiga, possibilitava o regresso ao trabalho e o desempenho das actividades de vida diária, como observado por ELDAR (2002).

A consulta de follow-up dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca permite a continuidade dos cuidados de saúde através de uma valorização do atendimento individualizado, baseado em princípios técnico-científicos, éticos e humanísticos. A identificação de possíveis factores perturbadores da qualidade de vida permite determinar o nível de competência dos indivíduos para agirem e a necessidade de intervenção por profissionais de saúde (SORENSEN, LUCKMAN, 1998).

A construção de ferramentas de informação, como bases de dados, é um importante recurso de informação da organização (SERRANO e FIALHO, 2005). Através da informatização dos dados colhidos na consulta, foi possível a identificação de alterações no estado de saúde e de outras variáveis relacionadas com a saúde da população, ao longo do tempo.

A informação adequada sobre as necessidades reais e potenciais dos clientes e o interesse na sua satisfação são a origem da entrada efectiva do cliente/família na cadeia de valor da organização (SERRANO e FIALHO, 2005). Os mesmos autores referem que o conhecimento permite definir estratégias actuais e futuras dado que possui as características que impedem a sua perda de valor a longo prazo, ao contrario dos restantes recursos organizacionais que se depreciam.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O conhecimento tornou-se na última década, um factor de diferenciação organizacional e um recurso económico fundamental para a competitividade das organizações. É a partir do conhecimento que as pessoas e as organizações avaliam as situações, aprendem e gerem a mudança (SERRANO e FIALHO, 2005).

A investigação nos serviços de saúde requer uma metodologia científica que indique os modos mais práticos de comunicar com clareza e rigor os resultados de uma investigação. Torna-se portanto fundamental, integrar nas organizações, um sistema de informação em saúde com o objectivo de gerar informação, que poderá ser factor de ponderação da tomada de decisão em saúde.

O sexo feminino, a cirurgia valvular e a idade septuagenária e octogenária, são factores que pareceram contribuir para uma pior percepção da qualidade de vida, após cirurgia cardíaca. Este grupo de utentes merece uma especial atenção por parte dos profissionais de saúde no pós-operatório. A decrescente auto-vigilância da saúde e do cumprimento da dieta justificam futuros estudos e um maior investimento dos profissionais de saúde nestas áreas.

Para futuras investigações seria pertinente a realização de um novo momento de follow-up à mesma população, de modo a verificar a evolução da qualidade de vida, da morbilidade e mortalidade ao longo dos anos de pós-operatório. Não foi avaliada a evolução do estado psicológico dos indivíduos, sendo uma limitação do estudo, embora se considere importante a sua inclusão em futuras investigações.

Os indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca apresentaram uma percepção do estado geral de saúde e de prevalência dos factores de risco semelhantes ao da população portuguesa. Estudos nestas áreas poderão ser desenvolvidos uma vez que a prevalência dos factores de risco exigem particular atenção por parte do sector da saúde. Seria igualmente pertinente, comparações entre a mortalidade dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca com a população em geral, verificando diferenças e se a cirurgia cardíaca interfere com a curva de mortalidade da população portuguesa.

Seria igualmente oportuno avaliar a qualidade de vida dos indivíduos antes e após determinada intervenção cirúrgica, comparando possíveis variações na qualidade de vida, ou entre os diferentes tipos de cirurgia cardíaca uma vez que a literatura não se revelou extensa nesta área.

Segundo SERRANO e FIALHO (2005), a gestão do conhecimento passa, essencialmente, pela partilha de conhecimentos individuais para a formação do conhecimento organizacional. Com a investigação realizada, contribuiu-se com conhecimentos sobre os indivíduos com doença cardíaca, verificando-se uma melhoria contínua do estado geral, do estado físico, da autonomia e das relações sociais dos indivíduos submetidos a cirurgia cardíaca, ao longo do tempo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATO, L.; et al - Resultados imediatos da cirurgia de revascularização miocárdica: comparação entre homens e mulheres. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. São Paulo. Vol. 83, 2004.

ANTUNES, M. J. - Relatório Anual do Centro de Cirurgia Cardiotorácica, 2008. Disponível em: <http://www.uc.pt/cardiotoracica/>

ANTUNES, P. E.; et al - Cirurgia coronária depois dos 70 anos. In: Revista Portuguesa de Cardiologia. Coimbra. Vol.14, nº2 (1995). p. 107-112.

BALTES, P. B.; MAYER, K. U. – The Berlin Aging Study – Aging from 70 to 100. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. ISBN 0 521 00003 3.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. – Epidemiologia básica. Lisboa: Editado pela Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, 2003. ISBN 972-98811-2-X.

BONAROS N.; et al - Assessment of health-related quality of life after coronary revascularization. In: Heart Surgery Forum (2005). Acedido a 17/12/08, de PubMed. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16174598?ordinalpos=27&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

BORKON, A.M.; et al - A comparison of the recovery of health status after percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass. In: The Annals of Thoracic Surgery, (2002). Acedido a 17/12/08, de PubMed. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12440603?ordinalpos=64&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum.

BOWLING, A. – The concept of quality of life relation to health. Journal of History of Medicine. 1995.

CANAVARRO, M.C.; PEREIRA, M. - Avaliação da Qualidade de Vida em indivíduos infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. s/data. Acedido em 22/12/08. Disponível em: <http://www.gadsida.org/documentos/VIHcanavarro&pereira.pdf>

CHOCRON, S.; et al - Perceived health status in patients over 70 before and after open-heart operations. In: Age and Ageing, Vol.29 (2000).

CORREIA de CAMPOS, A. - Intervenção do Ministro da Saúde na divulgação da campanha das Vias Verdes Coronárias e AVC do Alentejo - 16.10.2007. In: Portal da Saúde. Acedido em 23/12/08. Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/viaverde+alentejo.htm>

COUVREUR, C. – A Qualidade De Vida: Arte para viver no século XXI. Lusociência: Loures, 2001.

CZAJKOWSKI, P.; Comparison of Preoperative Characteristics of Men and Women Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting (The Post Coronary Artery Bypass Graft [CABG] Biobehavioral Study). In: The American Journal of Cardiology, Vol. 79, nº8 (1997).

DUARTE, S. C. P. - Saúde e a qualidade de vida do indivíduo colostomizado: Importância da consulta de estomaterapia. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, 2002. Dissertação de Mestrado.

ELDAR, R. - Quality of Care in Myocardial Revascularization Procedures. In: Croatian Medical Journal, Vol. 43, (2002). Disponível em: <http://www.cmj.hr/2002/43/6/12476484.pdf>

FAVARATO, M. E.; et al - Quality of life in patients with symptomatic multivessel coronary artery disease: a comparative post hoc analyses of medical, angioplasty or surgical strategies-MASS II trial. In: International Journal of Cardiology (2007). Acedido a 17/12/08, de PubMed. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16876891?ordinalpos=20&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

FERREIRA, P. L. – A medição do estado de saúde: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: parte II. Coimbra: Editado pelo centro de estudos e investigação em saúde da faculdade de economia da Universidade de Coimbra, 1998.

FERREIRA, P. L.; SANTANA, P. – Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. In: Revista Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Vol.2, nº2 (2003). p. 15-30.

FORTIN, M. F. – O Processo de investigação: da concepção à realização. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

FRAGATA, J.; et al – Escala de morbilidade em cirurgia cardíaca de adultos. Serviço de Cirurgia Cardiorácica, HSM. Lisboa. (s/data).

GENEBRA. Organização Mundial da Saúde. Instrumento WHOQOL-BREV. Manual do utilizador e sintaxe. (s/data).

GUITIÉRREZ, M.; et al – Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. In: Revista Española de Salud Pública, Vol. 72, nº3 (1998). p. 221-231. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v72n3/obesidad.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Indicadores Sociais 2007. Lisboa: INE, 2008. ISBN 978-972-673-960-9.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - 4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006. Lisboa: INE, 2007.

JONSEN, A. R.; SIEGLER M.; WINSLADE, W.J. – Ética clínica. 4ª ed. Lisboa: McGraw-Hill, Lda, 1999. ISBN 972-773-025-6.

KATTAINEN, E.A.; et al - Health-related quality of life of coronary artery bypass grafting and percutaneous transluminal coronary artery angioplasty patients: 1-year follow-up. In: International Journal of Technology Assessment in Health Care, (2005). Acedido em 17/12/08, de PubMed. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15921056?ordinalpos=32&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. – Metodologia do trabalho científico. 7ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2007. ISBN 978-85-224-4878-4.

LAST, J. M. – Um dicionário de epidemiologia. 2ª ed. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995. ISBN 972-675-03-5.

GONÇALVES, L. – Alguns tópicos de bioestatística. 2007. Acessível no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

MACHADO, J. – O que é a Qualidade de Vida, caderno de Bioética. Coimbra: Edições CEB, 1992.

MACKAY, J.; MENSAH, G. - Atlas of Heart Disease and Stroke. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

MAROCO, J. – Análise estatística com utilização do SPSS. 3ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. ISBN 978-972-618-452-2.

MARINS, M. C. A. – Qualidade de Vida. Acedido em 12/12/08. Disponível em: http://www.esenfiseu.pt/ficheiros/artigos/qualidade_vida.pdf

McDOWELL, I.; NEWELL, C. - Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 2ª ed. New York: Oxford University Press, Inc., 1996. ISBN 0-19-510371-8.

MÉDICOS DE PORTUGAL - Rastreio nacional confirma: Portugueses com colesterol a mais. (2007) Acedido em 30/12/09. Disponível em <http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/>.

NERI, A. L. – Qualidade de vida e idade madura. 7ª ed. Brasil: Papirus Editora, 2007. ISBN: 85-308-0243-8.

NOGUEIRA, C. R. S. R.; et al – Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. São Paulo: Instituto do Coração do Hospital do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008. Tese de doutoramento.

NORRIS, C. M.; et al - Health-related quality of life outcomes of patients with coronary artery disease treated with cardiac surgery, percutaneous coronary intervention or medical management. In: The Canadian Journal of Cardiology, (2004). Acedido em 17/12/08, de PubMed. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15494780?ordinalpos=42&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

PHIPPS, W. J.; et al – Enfermagem Médico-Cirúrgica – conceitos e prática clínica. 2ª ed. Lisboa: Lusodidactica, 1995. ISBN 972-96610-0-6.

PASCHOAL, S. M. P. - Qualidade de Vida no Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. Acedido em 12/12/08. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/>

POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. H. - Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

PORTUGAL. Health Strategies in Europe. Sessão Paralela sobre Doenças Cardiovasculares. 12 de Julho de 2007.

PORTUGAL. Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social, Universidade de Coimbra. Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL: versão para português de Portugal dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS). Acedido em 22/12/08. Disponível em: http://www.fpce.uc.pt/saude/introducao_qv.htm

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa, DGS, 2004. ISBN 972-675-110-1.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. – Modern Epidemiology. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2008. ISBN-13: 978-0-7817-5564-1.

RIBEIRO, J. L. P. – O importante é a saúde: estudo de adaptação de primeira técnica de avaliação do estado de saúde SF-36. Lisboa: Fundação Merck Sharp&Dohme, 2005. ISBN 972-99744-0-3.

SANTOS, R.; CASACA, R. – Qualidade de vida em utentes submetidos a cirurgia cardíaco-torácica. In: Revista Sinais Vitais. Nº 76 (2008). p. 56-63.

SEELEY, R. R.; STEPHENS, T. D.; TATE, P. – Anatomia & Fisiologia. 3ª ed. Lisboa: Lusodidactica, 2001. ISBN 972-96610-5-7.

SERRANO, A.; FIALHO, C. – Gestão do conhecimento: o novo paradigma das organizações. 3ª ed. Lisboa. 2005. ISBN 972-722-484-9.

SMALL, G. W. – A ciência da longevidade: Os oito passos essenciais para manter a mente alerta e o corpo jovem. Rio de Janeiro: Agir, 2008. ISBN 978-85-220-0798-1.

SORENSEN, K.; LUCKMAN, J. – Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica. 1ª ed. Lisboa: Lusodidactica, 1998.

SUNDT, T.; et al - Quality of life after Aortic Valve Replacement at the Age of >80Years. In: Circulation, nº 102 (2000).

TASKINEN, H. – Good occupational health practice: A guide for planning and follow-up of occupational health services. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, 2001. ISBN 951-802-333-6.

THELAN, L. A. ; et al – Enfermagem de cuidados intensivos. 2ª ed. Lisboa: Lusodidactica, 1995. ISBN 972-96610-2-2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - CVD - Risk management package for low and medium resource settings. Geneva: World Health Organization, 2002. ISBN: 92-4-154585-2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Manual on monitoring cardiovascular diseases. Geneva: World Health Organization, 2001. ISBN 92-9061-004-2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?. Copenhagen: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHOQOL GROUP - Study of protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument. Quality of life research 2. Geneva: World Health Organization, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Highlights on health in Portugal 2004. Acedido em 17/12/08. Disponível em http://www.euro.who.int/document/chh/por_highlights.pdf

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, <http://www.aped-dor.org/scid/apedweb/>, acedido em 27/12/09.

Fundação Portuguesa de Cardiologia, <http://www.fpcardiologia.pt>, acedido em 28/10/08.

Instituto Nacional de Estatística, <http://www.ine.pt>, acedido em 28/10/08.

International Quality of Life Assesment, <http://www.iqola.org/>, acedido em 16/11/08.

The Framingham Heart Study, 2006, <http://www.framingham.com/heart/>, acedido em 18/11/09.

World Health Organization, <http://www.who.int/en/>, acedido em 10/11/08.

World Heart Federation, <http://www.world-heart-federation.org/>, acedido em 10/10/09.

Hospital de Santa Marta, EPE, <http://www.hsmarta.min-saude.pt>, acedido em 20/03/09.

ANEXOS

ANEXO IV

Variáveis clínicas, sócio-demográficas e de caracterização da QV ao final de 1 mês, 6 meses e 1 ano de cirurgia cardíaca

Quadro 2: Variáveis clínicas e sócio-demográficas

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Idade	Idade	Indica a idade do indivíduo	Quantitativa ¹	Contínua	Em anos
Sexo	Sexo	Indica o sexo do indivíduo	Qualitativa ²	Nominal	1.Masculino 2.Feminino
Distrito	Distrito	Indica o distrito de residência do indivíduo	Qualitativa	Nominal	1.Faro 2.Beja 3.Setúbal 4.Évora 5.Lisboa 6.Portalegre 7.Santarém 8.Leiria 9.Castelo Branco 10.Coimbra 11.Aveiro 12.Viseu 13.Guarda 14.Porto 15.Bragança 16.Vila Real 17.Braga 18.Viana 19.Região Autónoma da Madeira 20.Região Autónoma dos Açores
Altura	Altura	Indica a altura do indivíduo	Quantitativa	Contínua	Em metros (m)
Peso	Peso	Indica o peso do indivíduo	Quantitativa	Contínua	Em kilogramas (Kg)
Índice de Massa Corporal	IMC	Indica o IMC do indivíduo	Quantitativa	Contínua	Em Kg/m ²

¹ Variáveis qualitativas, são variáveis

“cuja a escala de medida apenas indica a presença em categorias de classificação discreta exaustivas e mutuamente exclusivas” (MAROCO, 2007, p.27).

Podem-se classificar em nominais, se cada um dos valores da variável corresponde a uma designação, sem qualquer tipo de ordenação, ou ordinais, se as suas categorias têm uma relação de ordem (MAROCO, 2007).

² As variáveis quantitativas correspondem a variáveis

“cuja escala de medida permite a ordenação e quantificação de diferenças entre elas” (MAROCO, 2007, p.27).

Podem-se classificar em discretas, se a variável somente pode tomar um número, finito ou infinito, numerável de valores, ou contínuas, no caso de poder tomar qualquer valor dentro de um intervalo de números reais (GONÇALVES, 2007).

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Cirurgia	Cirurgia	Indica o tipo de cirurgia cardíaca	Qualitativa	Nominal	1.Bypass coronário 2.Válvula cardíaca 3.Bypass coronário+válvula cardíaca 4.Válvula cardíaca+outros 5.Outros 6.Bypass coronário+outros
Diagnóstico	Diagnóstico	Indica o diagnóstico do indivíduo	Qualitativa	Nominal	1.DC 1 vaso 2.DC 2 vasos 3.DC 3 vasos 4.DC 3 vasos+dça TC 5.Estenose mitral 6.Regurgitação mitral 7.Estenose aórtica 8.Regurgitação aórtica 9.Outros 10.DC 4 vasos 11.DC 1 vaso+ dça TC 12.DC 2 vasos+ dça TC 13.Dissecção da aorta 14.CIA 15.CIV 16.DC+dça aórtica 17.Dça mitro-Aaórtica 18.Dça mitral+dça tricúspide 19.DC+dça mitral 20.Aneurisma aorta 21.Dça 3 válvulas 22.DC+dça 2 válvulas 23.Dça 1 válvula+outros
Duração do internamento	DuraçãoInternamento	Indica a duração do internamento do indivíduo	Quantitativa	Contínua	Em dias
Destino	Destino	Indica o destino do indivíduo após alta do serviço	Qualitativa	Nominal	1.Domicílio 2.Hospital 3.Outros
Hipertensão arterial	HTA	Indica se o indivíduo tem ou não, hipertensão arterial	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Diabetes mellitus	DM	Indica se o indivíduo tem ou não, diabetes mellitus	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Hábitos tabágicos	HábitosTabágicos	Indica se o indivíduo tem ou não, hábitos tabágicos	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Etíismo	Etíismo	Indica se o indivíduo tem ou não, hábitos etílicos	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Dislipidemia	Dislipidemia	Indica se o indivíduo tem ou não dislipidemia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Insuficiência Cardíaca Congestiva	ICC	Indica se o indivíduo tem ou não, ICC	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Obesidade	Obesidade	Indica se o indivíduo tem ou não, obesidade	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Fibrilhação Auricular	FA	Indica se o indivíduo tem ou não, FA	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Enfarte agudo do miocárdio	EAM	Indica se o indivíduo teve ou não, enfarte agudo do miocárdio	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Complicações pós-cirurgia	Complicações	Indica se o indivíduo teve ou não, complicações pós-cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Complicações renais	Rim	Indica se o indivíduo teve ou não, complicações renais pós-cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Complicações pulmonares	Pulmão	Indica se o indivíduo teve ou não, complicações pulmonares pós-cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Complicações cardíacas	Coração	Indica se o indivíduo teve ou não, complicações cardíacas pós-cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Complicações da coagulação	Coagulação	Indica se o indivíduo teve ou não, complicações da coagulação pós-cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Complicações infecciosas/inflamatórias	Infeção_Inflamação	Indica se o indivíduo teve ou não, complicações infecciosas/inflamatórias pós-cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Outras complicações	Outras	Indica se o indivíduo teve ou não, outras complicações pós-cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Incidentes críticos	Incidentes	Indica se o indivíduo teve ou não, incidentes críticos após alta	Qualitativa	Nominal	0.Desconhecidos 1.Re-internamento 2.Óbito

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Omissos	Omissos	Indica os motivos da não realização do follow-up	Qualitativa	Nominal	1.Internamento 2.Óbito 3.Regresso ao país de origem 4.Recusa de contacto 5.Impossibilidade de contacto 6.Processo indisponível

Quadro 3: Variáveis de caracterização da QV ao final de 1 mês de cirurgia cardíaca

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Estado Geral	EstadoGera1	Indica a percepção do estado geral da saúde do indivíduo 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	1.Muito pior 2.Ligeiramente pior 3.Igual 4.Algumas melhoras 5.Muito melhor
Dor	Dor1	Indica se o indivíduo tem ou não, dor 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Analgesia	Analgesia1	Indica se o indivíduo utiliza ou não, analgesia 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Fadiga	Fadiga1	Indica se o indivíduo apresenta sintoma de fadiga 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro
Caminhadas	Caminhadas1	Indica se o indivíduo realiza caminhas, 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro
Subir escadas	Subir escadas1	Indica a capacidade do indivíduo subir escadas, 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Um lanço de escadas 2.Mais do que um lanço de escadas
Actividades de Vida Diária	AVD1	Indica se o indivíduo consegue desempenhar as AVD, 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Nominal	1.Independente 2.Dependente
Actividade Sexual	ActSexualPré	Indica se o indivíduo tinha ou não, actividade sexual pré-operatória	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Actividade Sexual	ActSexual1	Indica se o indivíduo tem ou não, actividade sexual 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Cumprimento dieta	CumprimentoDieta1	Indica se o indivíduo cumpre ou não, a dieta recomendada 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Hábitos tabágicos	HabTabágicos1	Indica se o indivíduo tem ou não, hábitos tabágicos 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Medição da Tensão Arterial	MediçãoTA1	Indica se o indivíduo realiza ou não, a medição da tensão arterial 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro
Medição da Frequência Cardíaca	MediçãoFC1	Indica se o indivíduo realiza ou não, a medição da frequência cardíaca 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro
Medição da Glicemia	MediçãoGlicemia1	Indica se o indivíduo realiza ou não, a medição da glicemia 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro
Agregado familiar	AgregadoFamiliar1	Indica o agregado familiar do indivíduo, 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Sozinho 1.Acompanhado
Apoio social	ApoioSocial1	Indica se o indivíduo tem ou não, apoio social 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Apoio familiar	ApoioFamiliar1	Indica se o indivíduo tem ou não, apoio familiar 1 mês após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim

Quadro 4: Variáveis de caracterização da QV ao final de 6 meses de cirurgia cardíaca

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Estado Geral	EstadoGeral2	Indica a percepção do estado geral da saúde do indivíduo 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	1.Muito pior 2.Ligeiramente pior 3.Igual 4.Algumas melhoras 5.Muito melhor
Dor	Dor2	Indica se o indivíduo tem ou não, dor 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Analgesia	Analgesia2	Indica se o indivíduo utiliza ou não, analgesia 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Local da dor	LocalDor2	Indica o local da dor do indivíduo	Qualitativa	Nominal	1.Dor incional 2.Dor pré-cordial 3.Dor ósteo-muscular
Fadiga	Fadiga2	Indica se o indivíduo apresenta sintoma de fadiga 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro
Caminhadas	Caminhadas2	Indica se o indivíduo realiza caminhas, 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro
Subir escadas	SubirEscadas2	Indica a capacidade do indivíduo subir escadas, 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Um lanço de escadas 2.Mais do que um lanço de escadas
Actividades de Vida Diária	AVD2	Indica se o indivíduo consegue desempenhar as AVD, 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Nominal	1.Independente 2.Dependente
Actividade Sexual	ActSexual2	Indica se o indivíduo tem ou não, actividade sexual 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Actividade profissional	ActProfissionalPré	Indica se o indivíduo tinha ou não, actividade profissional antes da cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Actividade profissional	ActProfissional2	Indica se o indivíduo tem ou não, actividade profissional 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Cumprimento dieta	Cumprimentodieta2	Indica se o indivíduo cumpre ou não, a dieta recomendada 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Hábitos tabágicos	HabTabágicos2	Indica se o indivíduo tem ou não, hábitos tabágicos, 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Agregado familiar	AgregadoFamiliar2	Indica o agregado familiar do indivíduo, 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Sozinho 1.Acompanhado

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Apoio familiar	ApoioSocial2	Indica se o indivíduo tem ou não, apoio familiar 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Apoio social	ApoioFamiliar2	Indica se o indivíduo tem ou não, apoio social 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Medição da Tensão Arterial	MediçãoTA2	Indica se o indivíduo realiza ou não, a medição da tensão arterial, 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro
Medição da Frequência Cardíaca	MediçãoFC2	Indica se o indivíduo realiza ou não, a medição da frequência cardíaca 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro
Medição da Glicemia	MediçãoGlicemia2	Indica se o indivíduo realiza ou não, a medição da glicemia 6 meses após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro

Quadro 5: Variáveis de caracterização da QV ao final de 1 ano de cirurgia cardíaca

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Estado Geral	EstadoGeral3	Indica a percepção do estado geral da saúde do indivíduo 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	1.Muito pior 2.Ligeiramente pior 3.Igual 4.Algumas melhoras 5.Muito melhor
Dor	Dor3	Indica se o indivíduo tem ou não, dor 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Local da dor	LocalDor3	Indica o local da dor do indivíduo	Qualitativa	Nominal	1.Dor incional 2.Dor pré-cordial 3.Dor ósteo-muscular
Analgesia	Analgesia3	Indica se o indivíduo utiliza ou não, analgesia 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Fadiga	Fadiga3	Indica se o indivíduo tem ou não, fadiga 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Actividades vigorosas	ExercVigorosos	Indica se o indivíduo é capaz de desempenhar exercícios físicos vigorosos, 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	1.Muito limitado 2.Pouco limitado 3.Não limitado
Actividades moderadas	ExercModerado	Indica se o indivíduo é capaz de desempenhar exercícios físicos moderados, 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	1.Muito limitado 2.Pouco limitado 3.Não limitado
Caminhadas	Caminhadas3	Indica se o indivíduo realiza caminhas, 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro
Subir escadas	SubirEscadas3	Indica a capacidade do indivíduo subir escadas, 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Um lanço de escadas 2.Mais do que um lanço de escadas
Actividades de Vida Diária	AVD3	Indica se o indivíduo consegue desempenhar as AVD, 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Nominal	1.Independente 2.Dependente
Actividade Sexual	ActSexual3	Indica se o indivíduo tem ou não, actividade sexual 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Actividade profissional	ActProfissional3	Indica se o indivíduo tem ou não, actividade profissional 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Cumprimento dieta	Cumprimentodieta3	Indica se o indivíduo cumpre ou não a dieta recomendada, 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Hábitos tabágicos	HabTabágicos3	Indica se o indivíduo tem, ou não, hábitos tabágicos 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Vigilância da Tensão arterial	VigilânciaTA3	Indica se o indivíduo realiza ou não, a vigilância da tensão arterial 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro

Nome	Notação	Descrição	Tipo de variável	Escala	Domínio
Vigilância da Frequência Cardíaca	VigilânciaFC3	Indica se o indivíduo realiza ou não, a vigilância da frequência cardíaca 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Ordinal	0.Ausente 1.Frequente 2.Raro
Complicações	Complicações3	Indica se o indivíduo apresentou ou não, complicações 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Nominal	0.Não 1.Sim
Tipo de Complicações	TipoComplicações3	Indica qual o tipo de complicações que o indivíduo apresentou, 1 ano após cirurgia	Qualitativa	Nominal	1.SNC 2.Renais 3.Pulmonares 4.Cardiovasculares 5.Coagulação 6.Infecção/Inflamação 7.Outros

ANEXO V

Classificação internacional do baixo peso, excesso de peso e obesidade de acordo com o IMC

Quadro 65: Classificação internacional do baixo peso, excesso de peso e obesidade de acordo com o IMC

Classificação	IMC (kg/m ²)
Baixo Peso	<18.50
Severo	<16.00
Moderado	16.00 - 16.99
Leve	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99
Excesso de Peso	≥25.00
Pré-obesidade	25.00 - 29.99
Obesidade	≥30.00
Obesidade grau I	30.00 – 34.99
Obesidade grau II	35.00 - 39.99
Obesidade grau III	≥40.00

Fonte: Global Database on Body Mass Index, WHO, 2006